ESTIMATES

Public Health Agency of Canada

Performance Report

For the period ending
March 31, 2005

Canada

The Estimates Documents

Each year, the government prepares Estimates in support of its request to Parliament for authority to spend public monies. This request is formalized through the tabling of appropriation bills in Parliament.

The Estimates of the Government of Canada are structured in several parts. Beginning with an overview of total government spending in Part I, the documents become increasingly more specific. Part II outlines spending according to departments, agencies and programs and contains the proposed wording of the conditions governing spending which Parliament will be asked to approve.

The *Report on Plans and Priorities* provides additional detail on each department and its programs primarily in terms of more strategically oriented planning and results information with a focus on outcomes.

The *Departmental Performance Report* provides a focus on results-based accountability by reporting on accomplishments achieved against the performance expectations and results commitments as set out in the spring *Report on Plans and Priorities*.

The Estimates, along with the Minister of Finance's Budget, reflect the government's annual budget planning and resource allocation priorities. In combination with the subsequent reporting of financial results in the Public Accounts and of accomplishments achieved in Departmental Performance Reports, this material helps Parliament hold the government to account for the allocation and management of funds.

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by
the Minister of Public Works and Government Services Canada — 2005

Catalogue No. BT31-4/98-2005
ISBN 0-660-62902-X

This document is available on the TBS Web site at www.tbs-sct.gc.ca
This document is available in alternate formats on request.

Available in Canada through your local bookseller or by mail from
Canadian Government Publishing — PWGSC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Telephone: (613) 941-5995
Fax: (613) 954-5779 or 1-800-565-7757 (Canada and U.S.A.)
Orders only: 1-800-635-7943 (Canada and U.S.A.)
Internet: http://publications.gc.ca

Foreword

The Government of Canada has made continuous improvement in its management practices a priority since *Results for Canadians: A Management Framework for the Government of Canada* was tabled in Parliament in the spring of 2000. Driving the government's pursuit of management excellence is its vision to provide Canadians with a responsive government, which serves citizens and manages itself as a unified, coherent enterprise; an innovative government supported by a highly-qualified public service equipped to leverage information and make the best use of public funds while balancing risk; and an accountable government which answers clearly and openly for its performance to Parliament and to Canadians.

Departmental performance reports play a key role in the cycle of planning, monitoring, evaluating, and reporting results to Parliament and citizens. They are at the heart of accountability in government.

Departments and agencies are encouraged to prepare their reports following principles for effective public reporting (provided in the *Guide for the Preparation of the 2004-05 Departmental Performance Reports*: http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/guidelines/guide_e.asp). Based on these principles, an effective report provides a coherent and balanced picture of performance that is brief and to the point. It focuses on outcomes (benefits to Canadians and Canadian society) and describes the contribution the organisation has made toward those outcomes. It sets performance in context, associates performance with earlier commitments, explains any changes, and discusses risks and challenges faced by the organisation in delivering on these commitments. Achievements realised in partnership with other governmental and non-governmental organisations are also discussed. Supporting the need for responsible spending, it links resources to results. Finally, the report is credible because it substantiates the performance information with appropriate methodologies and relevant data.

This departmental performance report (along with those of many other organizations) is accessible from the Treasury Board of Canada Secretariat Internet site: http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp. Readers wishing a high level, whole of government overview of the Government of Canada's efforts to improve quality of life should refer to *Canada's Performance 2005* available at the same internet address. This report is structured around three broad policy areas (Sustainable Economy, Canada's Social Foundations and Canada's Place in the World) and, in its electronic version, links to relevant Departmental Performance Reports. *Canada's Performance 2005* also contains a special overview of the government's efforts to improve the well-being of Aboriginal peoples.

The Government of Canada is committed to continually improving reporting to Parliament and Canadians. The input of readers can do much to ensure that Departmental Performance Reports and other reports are enhanced over time.

Comments or questions can be directed to:

Results-based Management Directorate
Treasury Board of Canada Secretariat
L'Esplanade Laurier, Ottawa, Ontario K1A OR5
OR at: rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Public Health Agency of Canada

2004–2005
Departmental Performance Report

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

106-00866/

Table of Contents

Section I – Overview 1

Minister's Message 2

Minister of State's Message 4

Chief Public Health Officer's Message 6

Management Representation Statement 8

Summary Information 9

Agency's Raison d'Être 9

Total Financial Resources 11

Total Human Resources 11

Summary of Performance in Relationship to Departmental Strategic Outcomes, Priorities and Commitments 12

Overall Agency Performance 13

Summary of Agency Performance 13

Overall Agency Performance 14

Priority 1: Contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system 16

Priority 2: Enhance federal capacity in public health 17

Organizing for Results 18

Emergency Preparedness and Response 18

Total Financial Resources – Emergency Preparedness and Response 20

Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control . . 21

Total Financial Resources – Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control 21

Infectious Disease Prevention and Control 26

Total Financial Resources – Infectious Disease Prevention and Control 26

Public Health Tools and Practice 30

Total Financial Resources – Public Health Tools and Practice 30

Other Programs and Services 31

Total Financial Resources – Other Programs and Services 31

Organizing for Results Sumary 32

Total Financial Resources – Public Health Agency 32

Section II – Analysis of Performance by Strategic Outcome 33

Performance Summary for Priority 1: Contribute Towards the Development of a Seamless and Comprehensive Public Health System 37

Performance Summary for Priority 2: Enhance the Federal Government's Capacity in Public Health 52

Section III – Supplementary Information 65

Organizational Information 66

Table 1: Comparison of Planned Spending and Full Time Equivalents 69

Table 2: Use of Resources by Business Line 70

Table 3: Voted and Statutory Items 71

Table 4: Net Cost of Department 71

Table 5: Contingent Liabilities. 72

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) 72

Table 7: Conditional Grants (Foundations). 86

Table 8: Response to Parliamentary Committees, Audits and Evaluations for FY2004–2005 88

Table 9: Sustainable Development Strategies (SDS). 89

Table 10: Procurement and Contracting 93

Table 11: Service Improvement Initiative (SII) 94

Table 12: Horizontal Initiatives. 97

Table 13: Travel Policies. 98

Section 1 – Overview

Minister's Message

I am pleased to present to Parliament the 2004–2005 Departmental Performance Report for the Public Health Agency of Canada. This is the Agency's first performance report and demonstrates that much has been accomplished since its inception on September 24, 2004.

The creation of the Public Health Agency of Canada and appointment of the country's first Chief Public Health Officer last September represented an important addition to the federal health portfolio. The Agency, in conjunction with Health Canada and the rest of the health portfolio, is already making a vital contribution towards meeting the country's public health challenges. The establishment of the Agency allows us to continue building the best health system in the world, as well as to move towards the ultimate goal of helping make Canadians the healthiest people in the world.

In Budget 2004 the government announced an additional investment of $100 million to support the development of a pan-Canadian health surveillance system with particular focus on infectious disease.

The Agency supported health emergency preparedness and response activities for the entire health portfolio and launched the National Emergency Management System in collaboration with Public Safety and Emergency Preparedness Canada and all provinces and territories.

These components are critical to fulfilling the Agency's mission to promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health, and to realizing its vision of creating healthy communities in a healthier world.

The Agency has also acted to enhance partnerships with the provinces and territories through the establishment of the pan-Canadian Public Health Network and has advanced international collaboration within the World Health Organization and with other countries around the world.

Because disease knows no boundaries, the Agency collaborated with the World Health Organization on relief efforts for victims of the tsunami emergency in Southeast Asia, on the Marburg virus outbreak in Angola, and on response to the Avian flu threat in Southeast Asia. It has been active in developing international chronic disease and laboratory networks and has developed candidate vaccines for Ebola and Marburg viruses, two often-deadly diseases.

The 2004–2005 Departmental Performance Report shows the Public Health Agency of Canada is meeting its responsibility in providing federal leadership in the area of public health, building alliances with domestic and international partners to improve health outcomes, and rising to new challenges that threaten the health of Canadians. The Report demonstrates that the new Agency has made an excellent start and will continue to make an important contribution to improving a health system that is already the envy of the world.

Ujjal Dosanjh
Minister of Health

Minister of State's Message

The creation of the Public Health Agency of Canada and the appointment of Canada's first Chief Public Health Officer last September signalled the federal government's renewed emphasis on health promotion, disease prevention, and emergency preparedness and response as a means of improving the health outcomes of Canadians.

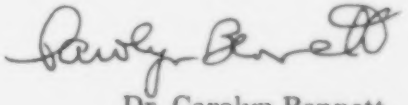
The Agency's vision statement – "Healthy Canadians and communities in a healthier world" – reflects the government's commitment to expand the traditional approach to health care to include the upstream model of exploring the determinants of good health and taking action to prevent disease.

To that end, I am proud of my involvement as co-leader of the federal-provincial public consultations to develop pan-Canadian public health goals. This exercise, which was initiated in 2004-05, will produce when completed Canada's first national health goals, endorsed by federal, provincial and territorial governments, which will serve as the foundation for establishing targets to improve the health of Canadians.

The public health goals process is one collaborating initiative along with the creation of the pan-Canadian Public Health Network, a consultative body that is engaged in knowledge sharing and collaboration between federal, provincial and territorial partners for the advancement of public health across the country.

The Agency continues to fulfill its mandate to support innovative internal and external research, and to support the transfer of research into public health practice and programming. This was highlighted by our support in the creation of six National Collaborating Centres focussing on infectious diseases, determinants of health, public policy and risk assessment, infrastructure, infostructure and new tools development, environmental health, and Aboriginal health.

The 2004–2005 Departmental Performance Report shows the Public Health Agency of Canada responding across the spectrum of public health issues facing Canadians. From meeting the challenges of protecting Canadians against infectious diseases such as a possible pandemic outbreak, to supporting research that will help advance our knowledge, to promoting healthy living to improve health outcomes and reduce the incidence and severity of chronic diseases, the Agency is providing leadership that will continue to produce long-term improvements in the health and lives of Canadians for years to come.



Dr. Carolyn Bennett
Minister of State (Public Health)

Chief Public Health Officer's Message

As Canada's first Chief Public Health Officer, I am proud to have been part of the launch of the Public Health Agency of Canada in 2004 and of this public accounting to Parliament of the Agency's work in the past twelve months, both as a branch of Health Canada and then as the Public Health Agency of Canada in the last six months.

The Agency was established to provide a national focal point to lead efforts in the promotion and advancement of public health nationally and internationally through the widest possible collaboration. However, the creation of the Agency has posed a number of challenges as a result of transition to a new departmental entity which has two domestic pillars and an international role. Despite this ongoing process, the Agency continued to deliver on its mandate and it has taken important steps over the last six months towards improving health outcomes for Canadians.

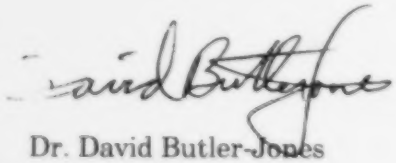
The Agency accomplished a number of goals during its initial year. It launched the second phase of the Global Public Health Intelligence Network (GPHIN-II), an early warning system for public health issues; developed the new *Quarantine Act*; and completed the establishment of the Emergency Operations Centres in the Agency's twin pillars of Ottawa and Winnipeg. In 2004–05, the Agency also worked with the provinces and territories to update the Canadian Pandemic Influenza Plan. To enhance pandemic preparedness, the Government of Canada made a $24 million contribution (9.6 million doses) towards the creation of a national stockpile of 16 million doses of antivirals for the prevention and treatment of influenza.

The Agency has met many unexpected challenges during its first year of operation. It helped secure additional influenza vaccine supplies last fall to meet public concern over shortages, and worked with the World Health Organization (WHO) and our United States counterparts to detect and trace the source of an accidental release of H2N2 influenza virus.

The Agency welcomed the announcement of the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease that will combat major chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular disease, which impose a huge burden of premature death and disability on Canadians. The Agency will lead the implementation of this Strategy to link public health approaches to health promotion and to disease prevention and control.

Through these measures, and others, the Agency has lived up to its mandate. It has anticipated and prepared for threats to public health, carried out surveillance and reported on diseases and preventable health risks, and used the best tools available to inform and advise Canadians on matters that will improve their health.

The Agency's first Departmental Performance Report shows that the Agency, through its dedicated staff across the country, is meeting the challenges and critical responsibilities we have been given by the Government of Canada. We are moving forward on fulfilling our vision of healthy Canadians and communities in a healthier world.



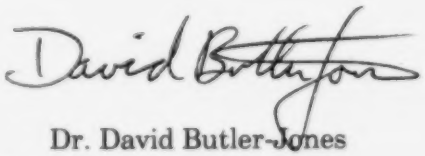
Dr. David Butler-Jones
Chief Public Health Officer

Management Representation Statement

I submit for tabling in Parliament, the 2004–2005 Departmental Performance Report (DPR) for the Public Health Agency of Canada.

This document has been prepared based on the reporting principles contained in the Treasury Board of Canada Secretariat's *Guide for the preparation of 2004–2005 Departmental Performance Reports*:

- It adheres to the specific reporting requirements;
- It uses an approved Business Lines structure;
- It presents consistent, comprehensive, balanced and accurate information;
- It provides a basis of accountability for the results pursued or achieved with the resources and authorities entrusted to it; and
- It reports finances based on approved numbers from the Estimates and the Public Accounts of Canada.



Dr. David Butler-Jones
Chief Public Health Officer

Summary Information

Agency's Raison d'être

Canadians are among the healthiest people in the world. Two factors which contribute to Canadians' high quality of life are their access to a strong and sustainable publicly funded health care system, and the existence of a strong public health system.

Public health involves a range of players and partners engaging in initiatives that reflect a comprehensive and integrated approach to promoting health, preventing and controlling both infectious and chronic diseases, protecting people from the consequences of health emergencies as well as engaging in public health research and surveillance activities. In Canada, public health is a responsibility shared by the three levels of government, the private sector, the not-for-profit sector and health professionals such as family physicians.

An increasingly global economy, the convergence of people in large urban areas, the ease with which people and goods travel around the world, rapid advances in science and technology, and the changing nature of our environment are but some of the factors exerting strong pressures on and posing challenges to Canada's public health system. Canada must be prepared to respond to public health threats that impact on the health of Canadians.

The actions of the public health community are often not as apparent as those relating to the conventional health care system, because public health focusses on the promotion of health and the prevention of health problems that could become, or are, widespread. Events like the emergence of severe acute respiratory syndrome (SARS) in 2003, however, brought the activities of Canada's public health professionals to the public's attention.

The occurrence of SARS, and subsequent reports by public health experts, reinforced the need for Canada to have a national focal point to deal with public health issues. The existence since 1946 of such an organization in the United States (the Centers for Disease Control and Prevention) and the need to coordinate our efforts with those of our southern neighbour also encouraged the creation of a lead agency for Canada. In response to these pressures, the Cabinet established, on September 24, 2004, the Public Health Agency of Canada (the Agency), and appointed Dr. David Butler-Jones as the country's first Chief Public Health Officer. The creation of the Agency marks the beginning of a new approach to federal leadership and to collaboration with provinces and territories toward efforts to renew the public health system in Canada and support a sustainable health care system.

When the Agency was created, it inherited the base of activities and commitments of the former Population and Public Health Branch of Health Canada. Thus, fiscal year 2004–05 was one of transition from a branch of Health Canada to an agency. This Departmental Performance Report reports on the Population and Public Health Branch until September 24, 2004, and the Agency after that date.

One of the accomplishments of the Agency was the identification of its mission: "To promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health." To assist Canadians in moving towards its vision of "healthy Canadians and communities in a healthier world," the Agency is mandated to work in collaboration with its partners, to lead federal efforts and to mobilize pan-Canadian action in preventing disease and injury, and to promote and protect national and international public health through the following:

- Anticipating, preparing for, responding to and recovering from threats to public health;
- Carrying out surveillance of, monitoring, researching, investigating and reporting on diseases, injuries, other preventable health risks and their determinants, and the general state of public health in Canada and internationally;
- Using the best available evidence and tools to advise and support public health stakeholders nationally and internationally as they work to enhance the health of their communities;
- Providing public health information, advice and leadership to Canadians and stakeholders; and
- Building and sustaining a public health network with stakeholders.

In addition to setting its long-term focus and direction, the Agency launched several new initiatives in 2004–05. These new activities follow up on commitments made at the September 2004 First Ministers' Meeting as well as on some of the recommendations presented by experts' reports on the public health system. For example,

- The Minister of State engaged individuals, public health experts, volunteer organizations and elected officials in a consultation process to establish health goals for Canada by the fall of 2005. The second phase of this process, beginning in the fall of 2005, will consist of establishing targets and indicators so that progress against those health goals can be measured. More information on this process is accessible on the Healthy Canadians Web site at http://healthycanadians.ca/home.html.

- Pan-Canadian Public Health Strategy and Network: To build on the future health goals, the Agency took a leadership role in putting in place the initial components of a pan-Canadian Public Health Strategy and a pan-Canadian Public Health Network that will improve collaboration and information-sharing among governments on public health issues.
- The Agency supported the establishment of six National Collaborating Centres for Public Health to provide national focal points for the study of key priority areas in public health and to contribute to the development of a pan-Canadian public health capacity. The Centres will emphasize collaboration and translation of knowledge into practical public health strategies. They will focus on the determinants of health; public policy and risk assessment; infrastructure, infostructure (systems of information and communications technologies), and new tools development; infectious diseases; environmental health; and Aboriginal health. Additional details are available at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_01bk2_e.html.
- In the February 2005 Budget, the Government announced that it would provide $300 million over five years for the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. The pan-Canadian Healthy Living Strategy, a federal/provincial/territorial effort comprising one of the key components of the Integrated Strategy, reflects the Agency's integrated approach to health promotion and chronic disease prevention. The Integrated Strategy has three pillars: promoting health by addressing the conditions that lead to unhealthy eating, physical inactivity and unhealthy weights; preventing chronic diseases through focussed action on risk factors; and creating platforms for the early detection and management of chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular disease. Additional details are available at http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index.html and at http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/integrated_e.html.

Total Financial Resources

Planned	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
This agency's business line was the Population and Public Health Branch as well as other parts of other branches of Health Canada.	605.2	586.7

Total Human Resources (full-time equivalents)

Planned	Actual	Difference
1,671	1,666	5

Summary of Performance in Relationship to Departmental Strategic Outcomes, Priorities and Commitments

Strategic Outcome	2004–2005 Priorities/ Commitments	Type	Authorities ($ millions)	Actual Spending ($ millions)	Expected Results and Current Status
A healthier population by promoting health and preventing illness	1. Contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system	New	428.4	419.7	The Agency would work collaboratively with provincial/territorial governments and other partners to bring together public health authorities for the development of a seamless and comprehensive public health system. **Successfully met.**
	2. Enhance the federal government's capacity in public health	New	176.8	167.0	The Agency would be up and running, and delivering on its mandate and commitments to develop and implement national policies and programs that promote and protect the health of Canadians. **Successfully met.**

Overall Agency Performance

Summary of Agency Performance

Operating Environment and Context

Public health consists of a range of efforts to keep the Canadian population healthy and safe. A key component of Canada's health system, it seeks to prevent disease, to prolong life and to promote health through the organized efforts of society. Promoting healthy living and reducing health disparities, preventing and controlling infectious and chronic diseases and injuries, as well as being ready to respond to threats to public health are critical components of the Government of Canada's responsibilities to help the people of Canada maintain and improve their health.

The role of the Public Health Agency of Canada can be summed up as follows:

- It will take a lead role in the prevention of disease and injury and the promotion of health;
- It will provide a clear focal point for federal leadership and accountability in managing public health emergencies;
- It will serve as a centralized point for sharing Canada's expertise with the rest of the world and applying international research and development to Canada's public health programs; and
- It will strengthen intergovernmental collaboration on public health and facilitate national approaches to public health policy and planning.

Most of the activities of the Agency – indeed, most public health activities in general – involve collaboration and partnership with the provinces and territories, other federal departments, health organizations, professional organizations, academia, the private and not-for-profit sectors and/or other stakeholders. This creates challenges for performance measurement, as positive health outcomes and trends invariably reflect the success of joint efforts.

The context for the new Agency was very clearly stated by the Honourable Ralph Goodale, in Budget 2004, on March 23, 2004:

> ...events such as the SARS outbreak and the spread of the avian flu have reminded all of us that we now live in a more vulnerable world, where disease can be spread from one end of the globe to the other in just a matter of hours. As a result, we face new challenges to our public health systems, requiring new approaches and new responses. With this budget, we begin to provide the resources for a new Canada Public Health Agency, to be able to spot outbreaks earlier and mobilize emergency resources to control them sooner. ...

> ...Once the agency and its new CEO have developed a long-term strategic plan, we will be in a position to make further investments to ensure that Canadians receive the national public health agency they deserve...

Fiscal year 2004–05 was a year of transition for the new Public Health Agency of Canada. On September 24, 2004 the Agency was created, its backbone consisting of Health Canada's the Population and Public Health Branch.

In this report, the Agency's performance and financial tables are presented according to the framework provided under the Strategic Outcome and Business Line. This Departmental Performance Report is based on the approved Program Activity Architecture for the Population and Public Health Branch. The PAA used by the agency will be further developed in order to provide a stronger performance measurement framework.

Overall Agency Performance

Canada's Performance

The Public Health Agency of Canada's strategic outcome "A healthier population by promoting health and preventing illness" is aligned with Canada's Performance 2005 under several themes:

- The Agency's focus on health promotion and on minimizing the extent and impact of infectious and chronic diseases, injuries and emergencies contributes to the outcome "Healthy Canadians," which supports the Government of Canada's outcome "Healthy Canadians with access to quality health care" under the theme "Canada's Social Foundations."
- The Agency's activities to promote healthy living, to minimize the extent and impact of infectious and chronic diseases, and to strengthen Canada's public health system contribute to the high quality of life in Canada. Together with the Agency's collaboration with foreign and multilateral organizations and public health officials, and especially its support of other countries' efforts related to its key program areas, these activities support the outcome "Global poverty reduction through sustainable development" under the theme "Canada's Place in the World". Under the same theme, the Agency also supports the outcomes "A strong and mutually beneficial North American partnership" and "A safe and secure world," primarily within the key program area of Emergency Preparedness and Response, by activities including those falling within the Government's Smart Border Initiative and National Security Policy.

In its first year of operation, the Agency delivered on its two key priorities (to contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system, and to enhance the federal government's capacity in public health), as

identified in the 2004-2005 Health Canada Report on Plans and Priorities. In addition to developing public health goals, the Agency established the pan-Canadian Public Health Strategy and the pan-Canadian Public Health Network, and augmented its capacity for information sharing, surveillance of diseases and emergency response. A Healthy Living Task group, comprised of representatives from the Agency and the provinces and territories led the development of the pan-Canadian Healthy Living Strategy. Intersectoral working groups provided a vehicle for input from other governments, other federal departments and other stakeholders (including non-

The Public Health Agency of Canada's Role in Aboriginal Health

In her cross-country series of roundtable discussions surrounding the development of the Public Health Agency of Canada, the Minister of State (Public Health) emphasized that the Agency would have a role in Aboriginal public health issues. All work on Aboriginal people's issues is done in consultation with the Agency's partners in the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) of Health Canada, which has responsibility for on-reserve populations and Inuit peoples, while the Agency offers programs that target Aboriginal populations living off-reserve and in urban settings. Its Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities program is designed specifically for Aboriginal people other programs, such as the Community Action Program for Children and the Canada Prenatal Nutrition Program, have large numbers of Aboriginal participants. As part of the development of the Pan-Canadian Healthy Living Strategy, a dialogue was held with national Aboriginal organizations. In addition the National Collaborating Centre for Aboriginal Health will bring forward best practices and help move new knowledge into public health policy and practice as they relate specifically to Aboriginal health.

- **Aboriginal Head Start (AHS)**, in both its Urban and Northern Communities (off-reserve) components, is an early intervention strategy for First Nations, Inuit and Métis children and their families living in urban centres and large northern communities.
- **Initiatives to prevent HIV/AIDS among Aboriginal populations** during 2004–05 included the provision of funding to the Battlefords Family Health Centre in North Battleford, Saskatchewan, which sought to increase knowledge of HIV/AIDS, hepatitis C and other sexually transmitted infections among at-risk Aboriginal youth. In addition, 25 other projects were funded under the Non-Reserve First Nations, Inuit and Métis Communities HIV/AIDS Project Fund (see http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/federal_initiative/community/fund_04_06.html).
- The independent **National Collaborating Centre for Aboriginal Health** will develop priorities for research and knowledge translation in consultation with the Aboriginal community, researchers, practitioners and other levels of government. Priorities are to take into account the health status of Aboriginal people in urban settings as well as those who live in rural and remote communities. This initiative is being delivered through a grant to the University of Northern British Columbia in Prince George.

governmental organizations and some private sector agencies), and assisted the Agency in the development of a policy framework for the Budget 2005 announcement of funding for the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. These initiatives will continue to build strong partnerships with provincial and territorial governments, other federal departments and other stakeholders, strengthened federal and national capacity in public health, and enabled the Agency to demonstrate effective leadership in meeting public health challenges.

Priority 1: Contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system

The Agency worked with provinces and territories to set in place the initial components of the pan-Canadian Public Health Strategy that will move toward the new public health goals being developed through the federal/provincial/territorial (F/P/T) public consultative process. The Agency took a leadership role in establishing the new pan-Canadian Public Health Network that will significantly enhance data sharing and collaboration between F/P/T partners.

New funding programs have been put in place to counter infectious and chronic disease and to improve emergency preparedness. Concrete steps have been taken to strengthen information sharing and laboratory capacity dealing with infectious disease, to enhance access to advanced technologies, and to foster collaborative research. Significant progress has been made in integrating surveillance networks, expanding both geographical coverage and content. Activities are underway, in partnership with provinces and territories, academia, and other health and professional organizations, to address public health human resource planning issues, and the Agency has augmented its epidemiology training programs.

The Agency, which has the federal lead for HIV/AIDS, worked with its federal partners to implement the new Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada.

Besides the Agency's work on infectious disease during 2004–05, a major initiative to promote healthy living and prevent chronic diseases was announced. The Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease was announced in Budget 2005. It provides a framework for health promotion, with an initial focus on healthy eating, physical activity and healthy weight as well as complementary disease-specific prevention and control efforts related to major chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular disease. Its implementation will be informed by lessons learned from the Canadian Diabetes Strategy (non-Aboriginal components), which Budget 2005 renewed and enhanced with the Integrated Strategy.

While the Agency filled gaps in infectious and chronic disease programs, it also augmented emergency preparedness and response. During 2004–05, it

- Launched the Canadian Global Public Health Intelligence Network II, providing 24-hour global monitoring and surveillance for potential global health threats;
- Has been laying the foundations, through its regional offices, for Regional All-Hazards Emergency Plans and Policies, working in coordination with provincial and territorial partners; and
- Provided emergency supplies, equipment and medicines to survivors of the December 2004 tsunami, thus playing a significant role in Canada's response to that disaster.

Priority 2: Enhance the federal government's capacity in public health

The creation of the Public Health Agency of Canada and the appointment of Canada's first Chief Public Health Officer may be considered the key achievements of 2004–05 in terms of the federal capacity in public health. However, the Agency also swiftly moved to increase capacity, particularly with regard to information generation and sharing, healthy living and chronic disease, and emergency response.

The creation of federal systems to support pan-Canadian networks for the collection and use of infectious disease information were important priorities in 2004-05. The Canadian Network for Public Health Intelligence (CNPHI) is a three-year project funded by the Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Research and Technology and Initiative (CTRI) through Defense Research and Development Canada, to create a robust information technology backbone to strengthen the public health system. It was in its second year of development, and began supporting the Canadian Public Health Laboratory Network during 2004-05. An adequate technological base is making possible effective communication among those researching infectious diseases, bioterrorism and other health emergencies. Now used by 99 percent of health units across Canada, the Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre (CIOSC), which is a part of CNPHI, also played an integral role in information sharing. In combination, the Integrated Public Health Information System and the Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre have improved the federal government's capacity for diagnostic research, surveillance, and information sharing. This in turn allows for timely outbreak detection and response to outbreaks of emerging and re-emerging infectious diseases.

A major goal underlying the creation of the Agency was to ensure that the federal government would be able to deal effectively with public health emergencies. Key achievements for 2004–05 in this respect include:

- Re-establishment of front-line quarantine services at Canada's eight major international airports; and
- A strategic review of the National Emergency Stockpile System (NESS), to ensure readiness to respond to all types of emergency hazards.

Organizing for Results

During 2004–05, the Public Health Agency of Canada's programming fell into four broad categories:

- Emergency Preparedness and Response;
- Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control;
- Infectious Disease Prevention and Control; and
- Public Health Tools and Practice.

The Agency's programming is supported by community grant and contribution programs, the largest of which are the Community Action Program for Children (CAPC), the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP), Aboriginal Head Start (AHS), AIDS – COMMUNITY ACTION, the Population Health Program, the hepatitis C support program and the Canadian Diabetes Strategy (CDS).

While the Agency's policy development, research and information management activities are largely carried out in the Agency's headquarters offices in Winnipeg and the National Capital Region, many of its programs are delivered from both headquarters and regional offices. To achieve the Agency's mandate, its regional staff collaborated with the provinces, municipalities, for-profit and non-profit organizations and delivered funding to community-based organizations.

The following sections provide more detailed information, including actual and planned spending for key programs and services relating to the Agency's four broad categories of programming.

Emergency Preparedness and Response

The public's health can be threatened by emergencies resulting from events such as natural disasters, major releases of pollutants and outbreaks of infectious diseases. The Agency played a role in 2004–05 in assuring adequate preparation for such events. In December 2004, the World Health Organization (WHO) conducted an assessment of Canada's national health emergency preparedness programs. It found the Canadian system to respond to events with public health consequences to be, in general, complex, well integrated and capable of responding to such events.

Because emergency response must be a collaborative effort, the Agency worked and continues to work closely with governmental partners, such as other federal departments, provinces and territories, as well as non-governmental partners to develop emergency response plans, the key tool for adequate preparation. For example, the Agency supported training for emergency preparedness by providing the services of professionals skilled in course design, adult education and course delivery. These professionals participated in developing the training courses necessary to enable Canada's health sector to respond effectively to emergency situations.

New Emergency Operations Centre – Winnipeg

A new Emergency Operations Centre opened at headquarters in Winnipeg in the spring of 2005. The Agency's two emergency response centres, in Winnipeg and in Ottawa, will serve to coordinate the Agency's response to public health emergencies. They can be linked, in real time, to other centres and agencies including those of the World Health Organization and the Pan American Health Organization.

The Agency also provided accurate and timely information to both Canadians and World Health Organization officials on national and global public health events. It played a coordinating role for public health security both domestically and internationally, and provided essential emergency planning and infectious disease resources to front-line public health workers across Canada. It provided up-to-date information on international disease outbreaks, immunization recommendations for international travel, general health advice for international travellers and treatment and prevention guidelines for specific diseases. In addition, the Agency provided expert advice and information to all levels of government in Canada, and collaborated with international agencies to share intelligence and other information and to mitigate chemical, biological and radiological/nuclear threats.

Public Health and National Security

In recognition of the close relationship between public health and national security, Canada's first National Security Policy, published in April 2004, included measures to fill priority gaps in public health emergency readiness and reaffirmed the action taken to modernize the public health emergencies system. At the international level, Canadian public health officials worked closely with their United States counterparts on biosecurity aspects of the Smart Border Declaration and Smart Border Action Plan. The Agency was also a participant in the Global Health Security Action Group, which works to strengthen the international public health response to the threat of international biological, chemical and radiological/nuclear terrorism.

But public health crises do not come only in the form of emergencies – public health is also threatened by disease. The outbreak of any infectious disease could result in significant socio-economic difficulties throughout Canada. The Agency is working to ensure Canada's preparedness in the event of a pandemic influenza outbreak by working with provinces and territories to update the Canadian Pandemic Influenza

Plan. Specifically, the Government of Canada made an investment of $24 million (9.6 million doses) towards the creation of a national stockpile of 16 million doses of antivirals.

Total Financial Resources – Emergency Preparedness and Response

Key Program Area	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
Emergency Preparedness Capacity	19.1	7.2
Emergency Response Capacity	30.7	32.6
Total	49.8	49.8

The Agency inspected and licensed high-risk level 3 and 4 biocontainment facilities, and issued permits for the importation of human pathogens. It applied its national expertise on biosafety-related issues to the development and application of the national biosafety policies and guidelines. The Agency played a leading role in the development of national plans for responses to suspicious packages and other situations that may involve pathogens including potential threats of bioterrorism. It also provided access to its extensive resources on biosafety, including training courses, videos, up-to-date bibliographic references and quick references in the form of safety data sheets.

Regional Emergency Preparedness

Collectively with the Agency's other regional offices and Centre for Emergency Preparedness and Response (CEPR) in Ottawa, the British Columbia-Yukon Regional Office continued to develop and revise emergency management plans, capacity and infrastructure. This was done in order to create sufficient consistency among plans, to ensure that there are elements of interoperability across regional plans and to support optimum use of relatively scarce human resources. The regional coordinators of emergency preparedness and response routinely work as a group with the CEPR and other federal and provincial partners to address a broad range of strategic and tactical issues related to emergency management.

When emergencies occurred, the Agency provided emergency health and social services. This involved assessing and restoring stockpiles of emergency supplies as well as distributing medical and pharmaceutical supplies to provincial/territorial governments at their request. Supplies were provided, for example, in response to the South Asian tsunami in January 2005; the avian influenza outbreak in British Columbia, when Tamiflu was issued to the Canadian Food Inspection Agency for

federal workers involved in the farm cleanup; an Ottawa apartment fire in September 2004; and a request by the Ministry of Social Services of Ontario for supplies to be sent to the Public Works and Government Services Canada yard in Fort Erie, Ontario, in preparation of the set-up of Reception Centre Kits for the Fort Erie Reception Centre for asylum seekers, in December 2004.

An emergency preparedness forum of provincial and territorial emergency health and social services officials and Chief Medical Officers of Health was coordinated through the Agency, in order to discuss the scope of federal/provincial/territorial emergency preparedness health planning, training and arrangements. Expertise and services provided by the Agency included business planning, strategic policy advice, performance measurement and legislative support.

While responding to health emergencies is a crucial public health function, preventing health problems is as well.

Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control

Total Financial Resources – Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control

Key Program Area	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
Health Promotion/Integrated Healthy Living Strategy	177.3	179.6
Strategies for Specific Chronic Diseases	33.1	27.7
Total	210.4	207.3

In order to contribute to the health of Canada's population, the Agency promoted healthy human development, developed partnerships and introduced integrated strategies for promoting health and preventing chronic diseases. During 2004–05, the Agency helped Canadians in this endeavour through the delivery or funding of a range of programs using integrated healthy living strategies and prevention strategies for specific chronic diseases.

The Agency developed policy, carried out research and delivered programs related to childhood and adolescence during 2004–05. These included programs to support early childhood development such as the Canada Prenatal Nutrition Program, the Community Action Program for Children (CAPC) and Aboriginal Head Start, as well as smaller support programs to individual communities and groups. It also maintained partnerships and networks with a wide range of domestic and international organizations, other federal departments and provincial/territorial governments to address issues pertaining to the life stages of childhood and adolescence.

Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) – Edmonton

The "Health for Two" program is a unique partnership that involves over 30 community agencies. Community partners and public health centres provide convenient access to over 50 Edmonton area sites, and deliver services in "safe" community environments to clients, specifically women exposed to social and economic risk factors. Partner agencies integrate prenatal information, support and distribution of nutrition supplements into their ongoing programs. The "Health for Two" program reaches over 1000 women at any one time and over 24,000 women annually.

The Agency likewise served as a centre of expertise related to adults, healthy aging and seniors. It delivered enhanced physical activity programs for adults and healthy and active aging information for seniors. It also participated in updating *Canada's Combined Food Guide to Physical Activity and Healthy Eating*.

Working with its partners and stakeholders, the Agency developed policy frameworks and national action plans that allowed for coordinated efforts on health promotion-related issues such as improving the health of citizens in rural and isolated areas of Canada and disseminating information to the public and to health professionals. It provided information directly to professionals and the public during 2004–05 through the Canadian Health Network, which it manages. This national, internet-based, bilingual information portal provided easy access to trustworthy, timely and relevant information on maintaining good health and preventing disease.

Nunavik Mentoring Project

Directors of childcare centres funded by Aboriginal Head Start (AHS) in Kuujjuaq (Tumiapiit and Iqitauvik centres) and Ouaqtaq, which provide 160 and 30 day-care spaces respectively for Inuit children, have been able to benefit from a mentoring program. In this learning and professional development project, two directors of childcare centres from the greater Montréal region spent a month in the northern Québec communities, following the local directors as they carried out their daily tasks. Later, the directors of the Kuujjuaq and Ouaqtaq centres made a working visit to southern childcare centres to increase their understanding of practices used in the Montréal region. Another centre, in Kuujjuaraapik, will benefit from this mentoring experience in the fall of 2005, completing the initial program which was highly appreciated and considered beneficial by both the Nunavik region childcare centre directors and their mentors.

Besides this work with professional organizations, the Agency strengthened its relationship with the voluntary sector through the Voluntary Sector Initiative, with the goal of increasing that sector's capacity to deliver public health programs and to contribute to public health policy development.

Integrated approaches are at the forefront of health promotion and disease prevention and control both in Canada and internationally. Scientific evidence demonstrates that healthy eating and physical activity protect people against many chronic diseases, including cancer, heart disease and stroke as well as diabetes. These approaches offer opportunities for greater effectiveness by bringing health promotion and disease prevention efforts together. Given that major chronic diseases share common risk factors such as unhealthy diet and physical inactivity, concerted effort across jurisdictions and across sectors, to respond to a combination of risk factors and diseases, can achieve greater impacts. Integration does not rule out employing specific approaches to address challenges particular to individual diseases. In fact, integrated approaches mandate a balance between integrated and disease-specific efforts.

Expert reviews of the Canadian public health system following the SARS crisis recommended investments and a coherent national strategy for chronic disease prevention as part of a necessary growth in public health capacity. All First Ministers endorsed this approach in the September 2004 health accord, stating that the pan-Canadian Public Health Strategy "will include efforts to address common risk factors, such as physical inactivity, and integrated disease strategies."

Over this reporting year, the Agency responded to these calls for federal leadership in the establishment of a public health response to chronic disease by developing a policy framework for an Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. This initiative, announced in Budget 2005, builds on the initial investments in the Public Health Agency made in 2004–05. The Budget proposes an investment of $300 million over five years for the Integrated Strategy. It includes a series of activities that will promote healthy eating and encourage physical activity and healthy weight factors that can help to prevent and control chronic diseases. This would allow a series of complementary, disease-specific activities in the areas of diabetes, cancer and cardiovascular disease. The Integrated Strategy includes a renewal of the Canadian Diabetes Strategy (non-Aboriginal components), with annual funding for the latter enhanced to $18 million from $15 million.

The pan-Canadian Healthy Living Strategy is another key component of the Integrated Strategy. In 2004–05, in partnership with its provincial and territorial partners, the Agency carried out developmental work toward a long-term integrated pan-Canadian Healthy Living Strategy that would include policy and programming initiatives on healthy eating and physical activity and their relationship to healthy weights. This developmental work also focussed on mental

health promotion. The Healthy Living Strategy will function in an inter-sectoral manner, engaging provincial and territorial governments, other federal departments and non-governmental organizations.

While developing the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease, during 2004–05 the Agency continued to deliver existing programs on specific chronic diseases, including the Canadian Diabetes Strategy (non-Aboriginal components) and the Canadian Breast Cancer Initiative.

Funding for several regional projects under the Canadian Diabetes Strategy (CDS) was extended as part of a one-year extension of the CDS prior to its incorporation into the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. An evaluation of the CDS validated the direction taken in developing the Integrated Strategy. This evaluation will be made available in 2005–06.

A National Strategy for Comprehensive Workplace Health Promotion: Health Works

Funding was provided, through the Canadian Diabetes Strategy, to the Heart and Stroke Foundation of Nova Scotia to develop workplace health promotion models for the prevention of chronic diseases, including type 2 diabetes. Research demonstrates that workplace health promotion can improve employee health, enhance employee relations, raise morale and productivity and reduce health care costs and absenteeism. Outcomes of this project included refined models for comprehensive workplace health promotion and identification of required support; increased knowledge, skills and abilities within organizations which are critical to dissemination and sustainability; and tools to support comprehensive workplace health promotion and evaluation.

Nine multi-year grant and contribution projects were approved in 2004–05 under the Community Capacity Building Fund component of the Canadian Breast Cancer Initiative. The nine projects show stronger links to and integration with cancer strategies whose scope extends beyond breast cancer, and touch on determinants of health outside personal and systemic health care.

The Agency worked with stakeholders and partners to develop disease-specific policy frameworks for the prevention and control of the leading chronic diseases in Canada. It supported the development of pan-Canadian policies on diabetes and cancer, explored improved surveillance capacity, supported identification and dissemination of best practices in prevention, and raised awareness of the need for approaches to chronic disease prevention and control through a range of projects and activities.

It also continued its work towards an integrated and intelligent approach to chronic disease surveillance, undertaking a number of key activities related to the enhancement of surveillance of cardiovascular disease, arthritis and other musculoskeletal diseases, mental health/illness and cancer (staging). Several workshops were organized to support current forays in these areas. National and international experts were invited to provide valuable input regarding the feasibility of creating new initiatives and expanding on current initiatives. In addition, an internet-based application to assist in national childhood cancer data collection was launched; this will facilitate remote data submission by paediatric oncology centres across the country.

In addition, working with other federal government agencies, provinces and territories, national health professional associations and other non-governmental organizations, university-based researchers and international experts, the Agency monitored and reported on the determinants of health and the health outcomes of foetuses and babies around the time of birth (during the perinatal period), and injury and child maltreatment.

Work with national and international experts also took place on best practice guidelines for breast cancer; economic modelling, including of cost-effectiveness of preventing type 2 diabetes among high-risk groups; and estimation of the prevalence of pre-diabetes in Canada. In addition, an inventory of best practice interventions for chronic disease prevention and control was conducted that will serve as a starting point for the establishment of a searchable database of best practice interventions.

As a complement to its work within Canada, the Agency was active in fulfilling Canada's role as an international partner in the global prevention and control of chronic disease. It worked with national and international partners and stakeholders, including the World Health Organization (WHO) and the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada (CDPAC), on national and international action planning on chronic disease prevention and control. As the only collaborating centre on non-communicable disease policy in the Americas and Europe, the Agency's WHO Collaborating Centre (WHOCC) supported the WHO Network of Countries (CARMEN and CINDI programs) in all aspects of chronic disease policy development, from analysis to implementation and development of an evidence-based framework. In this regard, a demonstration site on the integrated approach to chronic disease prevention and control, which contributes to the international model, has been established in Alberta.

Over the last year, the WHOCC led the establishment and technical development of a Non-Communicable Disease Policy Observatory in the Americas, jointly working with the Pan American Health Organization. Several countries have begun conducting case studies on policy formulation processes in the area of nutrition

policy, and the WHOCC has played an integral role in the development and signing of a Framework for Cooperation on Chronic Diseases between the WHO and Canada. The Public Health Agency of Canada also manages WHO Collaborating Centre on Surveillance of Cardiovascular Diseases in Developing Countries.

First National Conference on Integrated Chronic Disease Prevention

In November 2004, the Agency organized, in partnership with the Chronic Disease Prevention Alliance of Canada, the first national conference on integrated chronic disease prevention in Ottawa, under the theme "Getting It Together," the conference was a national call for action to mobilize and to build on vital knowledge across sectors, to strengthen key relationships among disciplines and to create the future of an integrated system for chronic disease prevention and control in Canada.

Canada also hosted the fourth meeting of the WHO Global Forum on Chronic Disease in November 2004, which resulted in a renewed commitment to support policy activities among countries and within WHO regions. The WHOCC provided secretariat support for this meeting.

In summary, during 2004–05, the health promotion and chronic disease prevention and control program addressed populations, high-risk groups and specific diseases through health promotion and disease prevention, using integrated strategies and disease-specific strategies.

Infectious Disease Prevention and Control

Total Financial Resources – Infectious Disease Prevention and Control

Key Program Area	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
HIV/AIDS	31.0	32.5
Pandemic Influenza Preparedness	4.7	4.7
Immunization and Respiratory Disease	6.7	6.5
Health Care-/Hospital-Acquired Infections	6.6	6.8
Animal-to-Human Diseases	30.1	29.7
Other	89.1	82.4
Total	168.2	162.6

Emergency preparedness and response, health promotion and chronic diseases are not the only concerns of public health. The increased speed and volume of global travel and trade place Canadians within 24 hours' transport of almost any other location in the world – a shorter time frame than the incubation period of many communicable diseases. The emergence of a new infectious disease anywhere in the world can have a dramatic impact on Canada and on Canadians abroad. Therefore, the Agency is involved in many activities aimed at reducing and preventing the spread of infectious diseases.

In its leadership capacity, the Agency collaborated in investigations of disease outbreaks in Canada and, when requested, abroad. The National Microbiology Laboratory, for example, played an instrumental role in containing and controlling an outbreak of Marburg virus in Angola. Several two-person teams and a portable laboratory began work in Angola in late 2004 to enhance the capabilities of field diagnostic tests and work to expedite the identification of cases in the affected region.

The Agency continued to provide Canada with a national capacity to detect a range of infectious diseases, and conducted, supported and coordinated applied public health research on infectious disease threats to Canadians, for example respiratory disease. It also facilitated and coordinated risk analysis and risk management activities with international, federal, provincial and local partner organizations. The areas of concern include waterborne and foodborne diseases, diseases of animal origin (zoonotic), vaccine preventable diseases, bloodborne pathogens, sexually transmitted infections and health care-acquired infections.

The Agency provided expert microbiological reference testing, surveillance and outbreak investigation to the public health networks both in Canada and abroad, through its Level 4 National Microbiology Laboratory in Winnipeg. In addition, the Laboratory for Foodborne Zoonoses in Guelph provided policy makers and other stakeholders with scientific information and advice on minimizing the risk of human illnesses arising from contact between humans, animals and the environment, with special emphasis on infections due to enteric (gastro-intestinal) pathogens. For example, in 2004–05, Agency scientists were involved in work in the tsunami area for many weeks, in Vietnam on avian influenza, in Hong Kong doing environmental sampling for the SARS coronavirus, and in Mexico on enteric pathogens.

Avian Influenza

The outbreak of avian influenza H7N3 in the Fraser Valley region of British Columbia damaged the local poultry industry, leading to the culling of nearly 20 million birds. Staff from the Agency's British Columbia-Yukon Regional Office, in collaboration with headquarters experts in infectious disease prevention and control, were actively engaged with partners from Health Canada, the Canadian Food Inspection Agency, Public Safety and Emergency Preparedness Canada, the provincial Ministry of Health, the Fraser Health Authority and many others in a sustained response to this serious outbreak. For the duration of the response effort, the regional office partially activated its emergency management plan to help focus resources and activities on the outbreak. Coordination of the regional response activities within the health portfolio and provision of central experts for public risk communication were central to the maintenance of public calm during the response period.

The Agency also took action to prevent infectious diseases. With regard to bloodborne diseases, bloodborne pathogen infections and sexually transmitted diseases, it designed, developed and implemented programs that will help prevent hepatitis C infection, supported people infected with or affected by this bloodborne disease and increased public awareness about hepatitis C. The Agency also provided national leadership in the development and promotion of a national management/policy structure to reduce the risk of bloodborne pathogen infections, transfusion-transmitted injuries and infections resulting from the transplantation of cells, tissues and organs.

The Agency worked with provinces, non-governmental organizations and health care providers to improve and maintain the sexual health of the Canadian population by preventing and controlling sexually transmitted diseases and their complications, which include infertility and cancer. It coordinated, implemented and monitored the Canadian Strategy on HIV/AIDS and helped move the Strategy towards a nationally shared vision through improved collaboration among all levels of government, communities, non-governmental organizations, professional groups, researchers, institutions and the private sector. This led to the creation of the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada, announced in January 2005.

AIDS Community Action Program (ACAP)

Funded by the AIDS Community Action Program (ACAP) with the financial support of the Hepatitis C Program and Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, this First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission (FNQLHSSC) project is intended to improve accessibility and services for Aboriginals at high risk of contracting HIV/AIDS and hepatitis C. The project is divided into two components: creating a network linking on- and off-reserve Aboriginal organizations and community organizations working in HIV/AIDS and hepatitis C; and developing and validating a guide and workshops entitled HIV/AIDS and Hepatitis C Among Natives, An Adapted Training, for use by Aboriginal stakeholders, and a guide and workshops entitled Adapting Our Interventions to Native Reality, for use by non-Aboriginal stakeholders.

This project has been so successful that it has been extended for a third year in order to consolidate the network developed over the first two years and to respond to the high demand for the workshops. Extension of the project will allow the adaptation of the workshop tools and contents for delivery in federal correctional institutions, in partnership with Correctional Service Canada. It will also permit the completion of a guide to the specific cultural traits of Quebec's eleven Aboriginal nations, to better equip non-Aboriginal stakeholders who work with Aboriginal clients. The Adapting Our Interventions to Native Reality component has proved to be particularly interesting, because in addition to its original purpose it could be applied to any issue linking the Aboriginal and non-Aboriginal communities.

In addition to its activities addressing specific diseases, the Agency focussed on risks incurred by the population while undergoing health care. For example, it played a role in ongoing surveillance for emerging pathogens in high-risk individuals. A surveillance system was established with the Canadian Blood and Bone Marrow Transplant Group in hopes of reducing the incidence rates for West Nile virus in patients undergoing bone marrow transplants. The objective of this activity is to ensure that no new cases are found in recipients.

Preparing to Deal With Cross-Border Infectious Disease Outbreaks

In partnership with the Province of British Columbia and the State of Washington, the Agency's British Columbia-Yukon Regional Office co-sponsored a seminar on a range of emergency management issues that would arise from an infectious disease outbreak crossing the borders of jurisdictions in the Pacific Northwest. Envisioned as part of an intended series of regional events, the seminar supported the development of inter-jurisdictional relationships among officials occupying similar functions, and enhanced the participants' understanding of the capacities and capabilities of their counterparts, within a longer-term objective of raising vital regional issues to the national level. Ultimately, the goal is to create a national, provincial and state-supported framework that will facilitate the provision of aid across jurisdictional boundaries during public health-related emergencies.

Public Health Tools and Practice

Total Financial Resources – Public Health Tools and Practice

Key Program Area	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
Public Health Tools and Application Development	9.4	7.0
Building Public Health Human Resource Capacity	5.2	5.6
Total	14.6	12.6

The variance between authorities and actual spending were mainly caused by work that was not completed before the end of the fiscal year in Canadian Integrated Public Health Surveillance ($1.5 million) and Skills Enhancement for Public Health ($0.4 million).

The programs and approaches described above in this report were primarily concerned with the content of public health programs. The federal government has also recognized that to improve the effectiveness of public health practice in Canada, it must strengthen the core elements of the country's public health infrastructure.

As part of the process of creating the new Public Health Agency of Canada, the new organization built and strengthened its internal capacity to assume a leadership position and to take an active role in ensuring that public health legislation is relevant, responsive, effective, accessible and equitable across jurisdictions. To this end, for example, the *Quarantine Act* was updated. At the same time, the Agency worked to harmonize public health legislative and regulatory frameworks across

jurisdictions and to develop policies and guidelines for managing health information relevant to key aspects of infectious disease reporting and management. Among other examples, the Agency led the development, of common definitions in support of the Canadian Public Health Laboratory Network and the Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre.

The Agency also fostered community practices by bringing together key stakeholders on issues related to public health infostructure. In conjunction with stakeholders and partners, it worked to develop pan-Canadian strategies on chronic diseases, chronic disease risk factors, and injuries. It supported the creation of six National Collaborating Centres for Public Health to improve knowledge translation and the availability of public health human resources, and supported the development of more robust regional and national public health emergency response capacities.

In addition, the Agency provided access to data and information necessary for evidence-based decision making. It developed managing data policies to ensure that the data are used in a consistent fashion and in accordance with privacy and disclosure standards.

Manitoba/Saskatchewan – Comprehensive Evaluation

A Manitoba/Saskatchewan Regional initiative was undertaken to streamline the administration of financial and evaluation reporting for early childhood development groups having multiple sources of funding.

With respect to professional development, the Agency provided an internet-based training service for health professionals in local public health departments and regional health authorities across Canada, to increase their skills in the areas of epidemiology, surveillance and information management. This service enabled professionals to use and understand information by using very specific skills. It involved development, administration, and management of online learning modules. The Agency also developed partnerships with the public health community.

Other Programs and Services

Total Financial Resources – Other Programs and Services

Financial Resources	
Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
162.2	154.4

Other Programs and Services include $100 million for the Canada Health Infoway Inc.

Organizing for Results Summary:

Through the programming areas discussed above, the Public Health Agency of Canada delivered an effective public health program. As the new Agency continues to expand the federal government's capacity in public health, to enhance emergency preparedness and response capability, to promote healthy living, to address chronic and infectious diseases and to contribute towards the development of a seamless and comprehensive public health system, it works to create an even better public health system in Canada and to contribute to an improved international public health environment.

Total Financial Resources – Public Health Agency of Canada

Key Program Area	Authorities ($ millions)	Actual ($ millions)
Emergency Preparedness and Response	49.8	49.8
Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control	210.4	207.3
Infectious Disease Prevention and Control	168.2	162.6
Public Health Tools and Practices	14.6	12.6
Other Agency Programs and Services	162.2	154.4
Total	605.2	586.7

Section II – Analysis of Performance by Strategic Outcome

Strategic Outcome: A healthier population by promoting health and preventing illness		
Objective: Promote health and prevent and control injury and disease		
Total Financial Resources ($ millions)		
Planned	**Authorities**	**Actual**
N/A	605.2	586.7
Total Human Resources (full-time equivalents)		
Planned	**Actual**	**Difference**
1,671	1,666	5

Expected Results:

Intermediate Outcomes

- Informed choices and adoption of safe, healthy and sustainable health practices.
- Strengthened public health policies and actions within the health system.
- Development of an evidence base to shape population and public health policy and practice.
- Improved access to health and social services for target populations.
- Enhanced involvement, participation and partnership of individuals and stakeholders in health promotion and protection policy and program development.
- Development of a comprehensive, integrated and sustainable health promotion system.
- Enhanced protection during emergencies.

Immediate Outcomes

- Increased public awareness of key public health issues.
- Enhanced public health research capacity, information sharing, and uptake of evidence among key partners and stakeholders.
- Strengthened national and international networks and coordination.
- Increased awareness and use of reliable promotion of population health evidence.
- Increased awareness of information, community and health system supports.
- Implementation of strategies and policies to support public health.
- Improved community capacity
- A better national health emergency management system.

Priorities and Commitments for 2004–05

Priority 1: Contribute Towards the Development of a Seamless and Comprehensive Public Health System

Commitments

- Develop a Pan-Canadian Public Health System
- Develop Integrated Strategies for Communicable and Non-Communicable Diseases
- Foster Increased Collaboration in Public Health

Priority 2: Enhance the Federal Government's Capacity in Public Health

Commitments

- Establish the New Public Health Agency of Canada
- Enhance Federal Capacities in Its Laboratories, Health Surveillance and Emergency Response

Note: In the performance analysis that follows, references to Health Canada in specific commitments and undertakings have been replaced by references to the Agency, where appropriate.

Program, Resources, and Results Linkages

The following Program Structure is based on the Program Activity Architecture (PAA) of Health Canada's former Population and Public Health Branch, which now forms the new Public Health Agency of Canada. It reflects the Program Sub-Activities of the agency and is provided here for information purposes. The PAA will be revised in order to improve its alignment to the agency's objectives.

Programs	Results Linkages
Emergency Preparedness and Response	The Agency works closely with partners in Health Canada, other federal departments, and the provinces and territories to identify and implement emergency preparedness planning priorities and to develop public health emergency response plans.
Health Promotion and Chronic Disease Prevention and Control (HHD & CDPC)	The Agency works closely with health portfolio departments and agencies, provincial/territorial governments, voluntary organizations and private sector partners to identify emerging areas of concern, develop pan-Canadian action plans for health promotion, disseminate information to the public and health professionals, integrate multiple and diverse interests and perspectives, and furnish a critical link between citizens and government policy and decision-makers. (This combines the previous Health Canada programs of *Healthy Human Development and Chronic Disease Prevention and Control).*
Infectious Disease Prevention and Control	The Agency provides an enhanced pan-Canadian capacity to conduct policy development, surveillance, investigation, research and program response to food- and water-borne diseases, sexually-transmitted infections, hepatitis C and HIV/AIDS, respiratory infections such as tuberculosis, vaccine-preventable diseases and bloodborne pathogens.
Public Health Tools and Practice (Surveillance Coordination)	The Agency contributes towards the development and implementation of a public health surveillance system and enhancement of public health capacity at the provincial and territorial levels through: the development and provision of tools and applications that support front-line health care professionals; tools and data access to support evidence-based decision making; and training to enhance public health human resource capacity. (This program was previously identified as *Surveillance Coordination* by Health Canada).

Performance Summary for Priority 1: Contribute Towards the Development of a Seamless and Comprehensive Public Health System

Canada needs a seamless and comprehensive pan-Canadian public health system that is able to identify, respond to and prevent communicable and non-communicable diseases, injuries, and public health emergencies in a timely, co-ordinated and effective manner to promote the overall good health of Canadians. The threats posed by severe acute respiratory syndrome (SARS), West Nile virus and bovine spongiform encephalopathy (BSE) pointed to the need for Canada to strengthen its public health system. The creation of the Public Health Agency of Canada, and the appointment of the Chief Public Health Officer to lead it, demonstrated the Government of Canada's commitment to meeting this challenge.

The development of a seamless and comprehensive public health system will require sustained leadership and hard work over many years, with the Agency undertaking collaborative efforts with provincial and territorial governments, other federal departments, and stakeholder groups. Work will be required to develop and strengthen collaborative policies and working frameworks, to develop and elaborate integrated strategies for dealing with infectious and non-infectious diseases, to manage public health human resource requirements, and to prepare and deliver effective health promotion strategies and programs.

During 2004–05, the Agency worked with the provinces and territories to set in place the initial components of a new pan-Canadian Public Health Strategy. It provided input and support to the Federal/Provincial/Territorial Special Task Force on Public Health, which recommended the creation of a Public Health Network. The Agency also provided policy and communication support for the creation of the Network. It continues to provide full support to the Network's secretariat and is ensuring communication among all Network components in order to facilitate federal/provincial/territorial collaboration on public health issues.

In 2004–05, the Agency delivered on one of its key commitments by supporting and facilitating the creation of six new National Collaborating Centres for Public Health. To this end, the Agency provided both start-up money and facilitation for the development of key structures and activities needed to evolve the program in its initial year. These Centres, whose purpose is to increase collaboration and to facilitate the translation of knowledge into practical public health tools and methodologies, will contribute an important component of the pan-Canadian Public Health Strategy.

National consultations were undertaken to develop a pan-Canadian agreement on mutual assistance to facilitate the timely transfer of equipment, personnel and other resources across jurisdictions during health emergencies.

A policy framework for an Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease was developed, and funding for its activities was announced in Budget 2005. A planned allocation of $300 million over five years for the Integrated Strategy, will include a series of activities to promote healthy eating and encourage physical activity and healthy weight – which can help to prevent and control chronic diseases – as well as a series of complementary, disease-specific activities in the areas of diabetes, cancer and cardiovascular disease.

As part of the Integrated Strategy, funding was provided for a comprehensive multiple-partner pan-Canadian Healthy Living Strategy whose first areas of emphasis are healthy eating, physical activity and their relationships to healthy weights. The Agency also provides other funding support to increase the physical activity levels of Canadians, for example through the Agency's sustainable development commitment. Funding in 2004–05 supported performance measurement, research to better understand public opinions, barriers and motivators influencing transportation decisions, and community workshops on Active Transportation.

In 2004–05, the Canadian Diabetes Strategy (CDS) was extended for one year, to March 31, 2005, to enable the Agency to continue its work with community-based projects, to raise awareness and to engage in joint disease prevention initiatives. It will now be included in the new Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease.

Mechanisms to incorporate input from youth were established through a new national youth planning committee for symposium development and a national youth network for collaborative planning on hepatitis C virus and other infectious diseases. A surveillance system called the Canadian Blood and Bone Marrow Transplant Group was established in hopes of seeing results such as a reduction in the incidence rates for West Nile virus in patients undergoing bone marrow transplantation. The objective of this activity is to ensure no new cases are found in recipients.

The Agency has the federal lead on matters relating to HIV/AIDS. The Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada was launched in January 2005, continuing the work of the Canadian Strategy on HIV/AIDS while refocussing efforts on populations already infected or at risk. In 2004–05, through the AIDS Community Action Program, the Agency enhanced the capacity of 83 local community-based organizations to deliver front-line HIV/AIDS prevention programs. The Agency increased access to more effective HIV/AIDS prevention, care, treatment and support, through support for 46 projects funded under national

HIV/AIDS grants and contribution programs including the Non-Reserve First Nations, Inuit and Métis HIV/AIDS Communities Project Fund, the National HIV/AIDS Capacity Building Fund, the HIV/AIDS Information Service Initiative, the HIV/AIDS Community-Based Social Marketing Fund and the National HIV/AIDS Non-Government Organization Operational Fund.

The regional offices of the Agency continue to develop strategies to address chronic disease prevention. Innovative programs are developing best practices, enhancing collaboration and knowledge transfer.

The Agency has developed an international strategic framework, clarified roles and responsibilities, built organizational capacity and provided federal leadership in global activities, including those relating to the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the International Union for Health Promotion and Education. A Framework for Cooperation was signed by the Agency, Health Canada, and the World Health Organization in Davos, Switzerland, on January 27, 2005, strengthening Canada's engagement in the international response to chronic disease prevention and control.

A critical component in the strengthening of the public health system involves the need for accurate, comprehensive and current information to allow sound scientific evidence-based decision making. Agreements in principle have been, and continue to be, put in place to strengthen laboratory capacity, to enhance access to advanced technologies and expertise, to permit collaborative projects and to share information on public health problems. Significant progress has been made in integrating surveillance and laboratory networks and expanding both geographical coverage and content.

Effective public health human resource planning is another critical component of the public health system. The Agency is working in collaboration with its federal partners to plan a coordinated approach with the provinces and territories, academia, professional and public health associations to address public health human resource issues. The Agency has added new modules to its on-line training program, in order to enhance the capacity of front-line public health professionals to do their jobs effectively and efficiently. The intake level for both internal and external candidates to the Canadian Field Epidemiology Program has doubled.

Together, these efforts contributed substantially to the development of a seamless and comprehensive public health system.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
Develop a Pan-Canadian Public Health Strategy	
1. In 2004–05, the Agency will work with the provinces and territories to develop the initial components of a pan-Canadian public health strategy, by:	
• Clarifying roles, responsibilities and relationships regarding public health, especially with respect to emergency response;	MET (Ongoing) All levels of government, together with the private and not-for-profit sectors, are now engaged in clarifying roles and responsibilities regarding public health. This task is scheduled for completion in 2005, and is expected to build on the work of federal/provincial/territorial public consultations now underway to develop the Public Health Goals. The Ministers of Health have accepted the National Framework for Health Emergency Management, developed by the federal/provincial/territorial Network on Emergency Preparedness and Response as a guiding document for the development of an integrated and comprehensive National Health Emergency Management System. A national consultation process is underway to develop a pan-Canadian Agreement on Mutual Assistance to facilitate the timely transfer of equipment, personnel and other resources across jurisdictions during health emergencies.
• Enhancing laboratory networks;	MET (Ongoing) Agreements in Principle have been reached on three collaborative initiatives with academia and provincial laboratories. These agreements are designed to enhance laboratory capacity, and access advanced technologies and expertise, collaborative projects, and information sharing on public health problems. Progress is slower than anticipated, due to the complexity of the negotiating process.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	The Agency developed an interim Intellectual Property Management Strategy that will facilitate future collaborative and integration efforts and help ensure optimal use of scientific research.
• Integrating surveillance networks.	MET The Agency has over 40 surveillance systems that produce annual reports, trend analysis, scientific publications and presentations. To enhance the integration of surveillance systems, the Agency is working with provincial partners to standardize epidemiological case definitions. Among other chronic disease surveillance activities, the Agency supported the work of the Advisory Committee on Population Health and Health Security's Task Group on Enhancing Capacity for Chronic Disease Risk Factor Surveillance. Surveillance: The report of the Task Group, which outlined a comprehensive approach to enhancing surveillance, was approved by the Conference of Deputy Ministers of Health. The Auditor General indicated satisfaction with progress made in filling identified gaps in the surveillance of chronic disease.
2. The Agency will develop a national, coordinated collaborative approach to public health human resource planning, addressing issues such as recruitment, retention and professional development.	MET As part of the overall pan-Canadian Public Health Strategy, the Agency worked in collaboration with federal partners to plan a coordinated approach with the provinces and territories, academia, and professional and public health associations to address public health human resource planning. This planning addressed the findings of the Joint Task Group on Public Health Human Resources, set up by the Committee of Deputy Ministers to identify gaps in the system and to make recommendations for closing them.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	Provinces and territories and professional associations worked with the Agency to develop core competencies for public health practice and discipline-specific competencies. The design of the Scholarships in Public Health Program is underway, as is collaborative work with the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) to implement a scholarship program that will create more partnerships with the provinces, territories and academia across the country and to foster excellence in public health professional development.
• Additional training modules will be added to the Agency's Skills Enhancement Program.	MET Two additional on-line modules ("Epidemiology of Chronic Diseases" and "Outbreak Investigation") have been added, further enhancing the capacity of front-line public health professionals to do their jobs effectively and efficiently. Over 1000 front-line public health practitioners have received training under the program, and there are now over 70 on-line trained facilitators.
• The Agency will continue to provide professional development to 10 public health professionals through the Canadian Field Epidemiology Program.	MET In 2004–05, four (4) public health professionals successfully completed the program and 9 were in training, enhancing their capability to undertake field investigations of public health threats and manage outbreaks, both domestically and internationally. Over 100 health professionals have so far graduated from this program and are working at all levels of government or in other professional settings. Another 15 participated in the intensive specialized training modules offered by the program, bringing the total number of external participants to over 100 in the past 15 years. The program will double its intake in September 2005.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
Develop Integrated Strategies for Communicable and Non-Communicable Diseases	
3. As part of the integrated pan-Canadian Healthy Living Strategy, the Agency, in collaboration with our partners, will continue to develop and begin to implement a comprehensive multiple-partner action plan whose first areas of emphasis are healthy eating, physical activity and their relationships to healthy weights.	MET In Budget 2005, the Government announced that it would provide $300 million over five years for the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. The pan-Canadian Healthy Living Strategy is a key component of the Integrated Strategy. The Integrated Strategy is a collaborative federal/provincial/territorial effort that reflects the Agency's approach to health promotion and the prevention of chronic diseases. It has three pillars: promoting health by addressing the conditions that lead to unhealthy eating, physical inactivity and unhealthy weights; preventing chronic diseases through focussed action on risk factors; and creating platforms for the early detection and management of chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular disease. The latter share several common risk factors. The Healthy Living Strategy (HLS) is intersectoral, engaging provincial and territorial governments and non-governmental organizations. Its initial areas of focus are healthy eating and physical activity and their relationship to healthy weights.
4. As part of our Sustainable Development Strategy, the Agency will promote an active transportation initiative to increase physical activity levels associated with actions such as walking or bicycling, which would improve the health of Canadians. This initiative is expected to contribute to the federal, provincial and territorial governments' joint target of increasing the physical activity	MET The Agency has supported the initiative to increase the physical activity levels of Canadians through specific funding programs, including: • Active Transportation Survey 2005, to assess active transportation knowledge, attitude and behaviours against a benchmark 1998 survey. (Results will be available in 2005–06)

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
levels of Canadians by 10 percentage points in each province and territory by 2010.	• Eight focus groups held in Vancouver, Winnipeg, Ottawa and Halifax, to better understand public opinions, barriers and motivators influencing transportation decisions; and • Support for community workshops on Active Transportation, to assist communities in developing an active transportation vision. There has been high demand for these workshops from other communities, and for use of the Active Transportation Tool Kit that assesses the quality of a community's active transportation environment.
5. Final evaluation of the Canadian Diabetes Strategy will be initiated and completed.	MET The Canadian Diabetes Strategy (CDS) focusses on health promotion and disease prevention, national coordination and surveillance. It was extended for one year to March 31, 2005, to enable the Agency to continue its work with community-based projects, to raise awareness and to engage in joint disease prevention initiatives. The NDSS was evaluated in 2004–05; the associated report will be finalized and the findings made available in 2005–06.
• The Agency will build on lessons learned from the Canadian Diabetes Strategy and will put emphasis on the needs of the population groups at highest risk of developing diabetes and those who already have the disease.	MET The Agency has incorporated lessons learned from the CDS in the development of the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease. The Integrated Strategy will address the needs of those at greatest risk of developing diabetes and other chronic diseases along with the needs of persons trying to maintain their health or manage an existing disease.
6. The Agency will pursue the development of integrated strategies for common populations in common settings.	MET Over the last year the agency developed a policy framework for the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease that was announced in Budget 2005. The

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	Budget's announcement provides $300 million over five years for the Integrated Strategy that will include a series of activities to promote healthy eating, physical activity and healthy weight – factors that can help prevent and control chronic diseases – as well as a series of complementary disease-specific activities in the areas of diabetes, cancer and cardiovascular disease. As part of the Strategy, funding was provided for a comprehensive multiple-partner pan- Canadian Healthy Living Strategy whose first areas of emphasis are healthy eating and physical activity and their relationship to healthy weights. The Agency also provides funding support to increase the physical activity levels of Canadians, for example through the Agency's sustainable development commitment. Funding in 2004– 05 supported performance measurement, research to better understand public opinions, barriers and motivators influencing transportation decisions, and community workshops on Active Transportation. The Healthy Living Strategy (HLS) is inter-sectoral, engaging provincial and territorial governments and non-governmental organizations. Its initial areas of focus are healthy eating and physical activity and their relationship to healthy weights. Implementation work is well underway. Funding for the HLS was included in the Integrated Strategy announced in Budget 2005. An overall framework for an Integrated Infectious Disease Strategy is under development and slated for completion in 2005–06.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	Fiscal year 2004–05 saw the establishment of a national youth planning committee for symposium development, and of a national youth network for collaborative planning and programming on hepatitis C virus and other infectious diseases. Both of these events enable results such as the Best Practice Model for Youth Involvement in hepatitis C virus and other infectious disease programming. Enhanced surveillance programs for street youth were set up, and data were analyzed from seven sites across Canada. The investigation of an outbreak in Alberta led to recommendations for preventative strategies and better educational materials for HIV prevention. The integration into current programs of infectious disease information for populations at risk of, or living with, HIV/AIDS is being evaluated. Improved access to more effective prevention, care, treatment and support was achieved in part by combining the Canadian Hepatitis C Information Centre with the Canadian HIV/AIDS Information Centre. This is a pilot project to test the efficiencies of creating a single window for information on these conditions. Another project with the Battlefords Family Health Centre in North Battleford, Saskatchewan, aims to increase knowledge of HIV/AIDS, hepatitis C and other sexually transmitted infections among at-risk Aboriginal youth.
• The Agency will continue to monitor emerging and re-emerging infectious diseases in Canada and to work with partners to protect Canadians from these disease risks.	MET The surveillance network for West Nile virus was extended from four to six sites, and procedures were set up for collaborating with the US Centres for Disease Control and Prevention (CDC). A surveillance system for West Nile virus was established with the Canadian Blood and Bone Marrow Transplant Group, to protect those undergoing bone marrow transplants.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	The Agency coordinated an investigation across provinces of an outbreak of tularemia among hamsters. The coordinated response resulted in effective control and prevention of the disease. The Agency worked collaboratively with public health authorities in British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and the CDC to assess the situation, and to develop required investigation tools and guidelines and a public advisory that was disseminated on the Agency's Web site. Due to concerns over the possible emergence of a new strain of influenza in 2004–05, the Government of Canada enhanced its pandemic preparedness by announcing, on February 4, 2005, a $24 million federal investment towards the creation of a national antiviral stockpile (9.6 million doses of oseltamivir) for possible use during an influenza pandemic. Provinces and territories have purchased an additional 6.4 million doses, as recommended by the Pandemic Influenza Committee.
7. Focussing its attention on key population groups and improved public education awareness.	MET The Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada was launched in January 2005, continuing the work of the Canadian Strategy on HIV/AIDS while refocussing efforts on populations already infected or at risk. In 2004–05, the Agency enhanced the front-line response capacity of 83 community-based organizations. The Agency increased access to more effective HIV/AIDS prevention, care, treatment and support through 46 projects funded under national HIV/AIDS grants and contribution programs including the Non-Reserve First Nations, Inuit and Métis HIV/AIDS Communities Project Fund, the National HIV/AIDS Capacity Building Fund, the HIV/AIDS Information Service Initiative,

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	the HIV/AIDS Community-Based Social Marketing Fund and the National HIV/AIDS Non-Government Organization Operational Fund. Two new sites were added to the list for sentinel HIV surveillance among injection drug users, and a pilot project was completed for HIV surveillance among men who have sex with men.
• addressing determinants of health related to the disease.	MET This work is being reinforced under the new Federal Initiative to Address HIV/AIDS which will allow for a more strategic approach to the determinants of health. The determinants of health related to HIV/AIDS were addressed in two projects. With support from grants and contribution funding under the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada, the Battlefords Family Heath Centre in Saskatchewan implemented "Mobilizing Community Supports for the Prevention of HIV/AIDS," a two-year project to increase knowledge of HIV/AIDS, hepatitis C and other sexually transmitted infections among at-risk Aboriginal youth in North Battleford as well as among their health, social services and education providers. Support was provided to St. Michael's Hospital in Toronto for a project called "Adding Life to Years: Building the Community's Capacity to Identify and Treat Depression in People Living With HIV/AIDS." This project worked with AIDS service organizations and other organizations across Canada to develop training, tools and resources that will increase their capacity to identify clients who are depressed, and to provide appropriate interventions and referrals.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	Funding programs are being redesigned to address infectious diseases and determinants of health in an integrated manner for populations living with, or at risk of, HIV/AIDS.
• Strengthening Canada's international response to the disease.	MET The Agency provided technical support for the design and implementation of a second-generation surveillance program, and provided enhanced training for Pakistani scientists in the area of laboratory expertise. This was done in collaboration with the Government of Pakistan, the University of Manitoba, the Canadian International Development Agency (CIDA), ProAction Consulting and Agriteam Consulting. The Public Health Agency of Canada has also provided technical assistance to the Bulgarian Ministry of Health on the assessment of HIV/AIDS surveillance reporting and second-generation surveillance. Partners include the Bulgarian Ministry of Health; the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria; United Nations agencies, and CIDA. These projects demonstrate a commitment to provide technical assistance and are part of a larger global response to act where need is identified.
8. The Agency's regional offices will focus on the burden of chronic disease and develop integrated strategies to address chronic disease prevention. For example, the Agency's Alberta/Northwest Territories Region is a partner in the Alberta Healthy Living Network. This initiative will provide leadership for integrated action to promote health and to prevent chronic disease.	MET The Agency has supported the Alberta Healthy Living Initiative in its mission of providing leadership for collaborative action to promote health and prevent chronic disease in Alberta. This has facilitated the development of local and regional networks and a Best Practices Framework, and the promotion of healthy eating and active living.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	The Agency has supported the development of the Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, involving collaboration among over 20 partners, to increase the integration of efforts on chronic disease prevention, to enhance knowledge transfer between partners, and to develop sound financial analysis to support chronic disease prevention activities.
• Building on the joint process involving the Agency and the Government of Nova Scotia, which led to the report *The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia*, the Agency will, in partnership with the governments of other Atlantic provinces, complete similar provincially focussed reports on the costs related to chronic disease. These reports will complement existing work and will serve as an evidence base to plan appropriate strategies for local chronic disease prevention.	MET Based on previous work with the Province of Nova Scotia to investigate the costs of chronic disease, the Agency undertook 12 workshops to provide input to the *Turning the Tides* document to be published in September 2005. Work will continue to explore the relationship between mental health, infectious chronic disease and health disparities.
Foster Increased Collaboration in Public Health	
9. The pan-Canadian Public Health Network, an intergovernmental approach to integrating the public health system in Canada, will be established. It will be built on existing strengths and provide the structures for federal/provincial/territorial discussions at all levels, allowing the effective development and delivery of pan-Canadian public health strategies across jurisdictions.	MET The Agency provided input and support to the Federal/Provincial/Territorial Special Task Force on Public Health that resulted in the recommendation to create the Public Health Network. The Agency also provided policy and communication support during the creation of the Network. The Agency continues to provide full support to the Network's Secretariat, and is ensuring collaboration among all Network components, in order to facilitate federal/provincial/territorial collaboration on public health issues.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status (continued)	
RPP Commitments	**Status**
	As part of this larger network strategy, the Agency provided support in the development of six new National Collaborating Centres for Public Health, each specializing in a priority issue area. This has included assisting in the development of a call for proposals to support the work of the Centres and the establishment of an external Advisory Committee which includes senior public health experts who are recognized both nationally and internationally as experts in their fields. Through these efforts, the Agency has evolved the scope and contextual parameters of a new approach to collaboration among Canada's research community.
10. The Agency will explore the international dimensions of public health to help clarify our roles and responsibilities, as well as to guide our relationships with our international partners.	MET The Agency has developed an international strategic framework, clarified roles and responsibilities, built organizational capacity and provided federal leadership in activities relating to the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the International Union for Health Promotion and Education. A Framework for Cooperation was signed by the Agency, Health Canada and the World Health Organization in Davos, Switzerland, on January 27, 2005, strengthening Canada's engagement in international collaboration for chronic disease prevention and control.

Performance Summary for Priority 2: Enhance the Federal Government's Capacity in Public Health

In response to the outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Canada and to the subsequent reports by public health professionals, on September 24, 2004, the Prime Minister formally established the Public Health Agency of Canada and appointed Dr. David Butler-Jones as the country's first Chief Public Health Officer. These actions demonstrate the Government's commitment to provide Canada with a federal focal point to deal with public health issues. Additional background information on the Agency is accessible at http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/phac_e.html.

Since its creation, the Agency has worked, under the leadership of the Chief Public Health Officer and in consultation with its employees and external stakeholders, to set its long-term focus. In March 2005, the Agency revealed its vision, mission and mandate.

Vision – Healthy Canadians and communities in a healthier world.

Mission – To promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health.

Mandate – In collaboration with our partners, to lead federal efforts and mobilize pan-Canadian action in preventing disease and injury, and promoting and protecting national and international public health through the following:

- Anticipate, prepare for, respond to and recover from threats to public health;
- Carry out surveillance, monitor, research, investigate and report on diseases, injuries, other preventable health risks and their determinants, and the general state of public health in Canada and internationally;
- Use the best available evidence and tools to advise and support public health stakeholders nationally and internationally as they work to enhance the health of their communities;
- Provide public health information, advice and leadership to Canadians and stakeholders; and
- Build and sustain a public health network with stakeholders.

The Agency is focussed on effective efforts to promote health, to prevent chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular, to prevent injuries, to monitor infectious disease outbreaks and to respond to public health emergencies. It will also continue to work closely with the provinces and territories to keep Canadians healthy and to help reduce pressures on the health care system. One of its chief tools in accomplishing these goals is information sharing.

In keeping with the identified need to enhance the federal government's capacity in public health, the Agency moved swiftly during its first year to enhance information sharing on infectious diseases, immunization, chronic diseases and public health emergencies.

> The agency continues the work on its three-year project to create the Canadian Network for Public Health Intelligence. Now in its second year, it was adopted as a business and communication platform for the Canadian Public Health Laboratory Network. More than 95 percent of federal and provincial public health laboratories are now connected to it, including Héma-Québec, Canadian Blood Services and the Canadian Food Inspection Agency National Centre for Foreign Animal Heath. A breakthrough in information sharing, this network is significantly improving communications among those involved in laboratory diagnosis, mitigation and response to emerging and re-emerging infectious diseases, bioterrorism and other public health emergencies. Work is also underway to develop national standards for reporting diagnoses, and to improve upon diagnostic reference centre testing, and nation-wide proficiency testing, all necessary steps if the benefits of the Laboratory Network are to be realized, and to expand the list of diseases monitored (e.g. hospital "super bug" infections, pandemic influenza, etc).

The Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre (CIOSC) also plays an integral role in information sharing. It is now used by 99 percent of health units across Canada. Improved outbreak detection and response has also been created through FluWatch, a collaborative effort between the Agency, provinces and territories, laboratories and sentinel physicians. FluWatch provides weekly reports summarizing influenza prevalence in Canada. In addition, the first sentinel site for surveillance of enteric diseases and exposure to pathogens has been set up with Region of Waterloo Public Health.

Work is also underway, in collaboration with all stakeholders, to investigate the surveillance of chronic diseases such as arthritis and mental illness.

In a final step to improve information sharing, as the Public Health Information System (PHIS) moved into its operational phase, the Agency successfully partnered with Ontario and British Columbia to develop new modules (Outbreak and Primary Assessment and Care modules). These provide credible, timely, accessible and secure public health information and practices, enhancing the ability of health professionals to make better-informed decisions that benefit Canadians.

In addition to improving the gathering and sharing of information on infectious diseases, the Government also moved to prevent them. The federal/provincial/territorial Canadian Immunization Committee was established to provide leadership in advancing the National Immunization Strategy. Activities carried out in 2004–05 included the establishment of the federal/provincial/territorial Vaccine Supply Working Group, and management of the repercussions of supply shortfalls in the United States, in collaboration with the provincial and territorial governments. Promising research took place, at the Agency's National Microbiological Laboratory, on the development of experimental vaccines for the deadly Ebola and Marburg hemorrhagic fevers. Through the Integrated Strategy on Healthy Living and Chronic Disease (described under Priority 1), the Government made a commitment to preventing chronic disease.

A major goal underlying the creation of the Agency was to ensure that Canada would be able to deal effectively with public health emergencies. Key achievements for 2004–05 include

- The re-establishment of front-line quarantine services at Canada's eight major international airports;
- The launch of the Canadian Global Public Health Intelligence Network II, which provides 24-hour global monitoring and surveillance of potential global health threats;
- A strategic review of the National Emergency Stockpile System (NESS), to ensure readiness to respond to all types of emergency hazards;
- The setting of the foundation of Regional All-Hazards Emergency Plans and Policies, by the Agency's regional offices, who worked in coordination with provincial and territorial partners;
- The continued development of national surge capacity for large-scale health emergencies – National Office of Health Emergency Response Teams (NOHERT); and
- Ongoing emergency preparedness exercises and training, for example Vigilant Courier, Exercise Constant Vigil and the World Health Organization assessment of their draft framework "to assess national health emergency preparedness and response programs."

NESS was activated at the request of the Canadian International Development Agency to respond to the need for medicines, supplies and equipment in Southeast Asia after the devastating tsunami of December 2004. Over $1.6 million in materials such as blankets, generators and drugs from NESS were used in the response effort.

The Agency co-hosted with Public Safety and Emergency Preparedness Canada (PSEPC) the fourth National Forum on Emergency Preparedness and Response, during which significant progress was made toward the development of an integrated pan-Canadian emergency management system based on the principles and guidelines of the National Health Emergency Management Framework.

Through these steps taken during 2004–05 on information sharing, infectious and chronic disease prevention, and emergency preparedness and response, the federal government increased its capacity to act on public health issues.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
Establish the new Public Health Agency of Canada	
11. Health Canada will establish the proposed Canada Public Health Agency by exploring organizational options that will enable the Government of Canada to more effectively protect and promote the health of Canadians. The new agency will be responsible for leading the federal government's response on a range of threats to health, such as communicable and non-communicable diseases and injuries. The Government of Canada will also appoint a new Chief Public Health Officer for Canada who will head the new agency.	MET On September 24, 2004, the Prime Minister announced the creation of the Public Health Agency of Canada and the appointment of Dr. David Butler-Jones, as the country's first Chief Public Health Officer. Since the coming into effect of the associated Orders in Council, the Public Health Agency of Canada has been working in collaboration with Health Canada, the Privy Council Office and Justice Canada to develop enabling legislation for the Agency. This activity has included consultations with key stakeholder groups to hear their perspectives. Work is continuing on Public Health Agency legislation.
Enhance Federal Capacities in Its Laboratories, Health Surveillance and Emergency Response	
12. The Canadian Public Health Laboratory Network will improve the communications among those researching infectious diseases, bioterrorism and other health emergencies.	MET The technological backbone of the Laboratory Network is a combination of Web-based applications and resources provided by the Canadian Network for Public Health Intelligence. It has been delivered, and over 95% of public health laboratories are on board. The system is in place, but 100% national surveillance has not yet been achieved due to funding pressures at both the federal and provincial levels of government. Work has begun to enhance cross-border collaboration with the Association of Public Health Laboratories, the American counterpart of the Canadian Public Health Laboratory Network. Priority areas for additional activities include workforce development training, communication and technical partnerships.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
	National approaches to laboratory diagnoses are required in order to fully exploit the benefits of enhanced communication within the Canadian Public Health Laboratory Network. This is a long-term project. The greatest challenge remains the creation and distribution of proficiency panels for the 40 national notifiable diseases, along with the testing and reporting of data. Significant effort has been expended on external quality assurance for Agency laboratories to retain or obtain International Standardization Organization (ISO) accreditation. The Laboratory for Foodborne Zoonoses, in Guelph, and the National Laboratory for Enteric Pathogens have received or are close to receiving ISO 17025 certification, while Central Services of the National Microbiology Laboratory is seeking ISO 9001:2000 certification. Plans are underway to share documentation and/or lessons learned with the laboratory network on ISO accreditation for certain tests. Surveillance of E. coli and salmonella has continued, but the creation of groups to provide surveillance of CA-MRSA (community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus) and of hospital-acquired infections such as C. difficile and of influenza, were still under development. Objectives, discussion support tools and terms of reference documents were prepared; however, the coordination of existing teams and ongoing surveillance through a national platform are still required.
13. The Agency will facilitate the integration of surveillance systems for both communicable and non-communicable diseases to enable timely access to critical, real-time clinical and laboratory data.	MET The Canadian Integrated Outbreak Surveillance Centre (CIOSC) was created in 2004. Providing integrated public health information to local, regional and national decision-makers, it is in use by 99% of health units in Canada, resulting in improved outbreak detection and response.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
	Through a collaborative effort among the Agency, provinces and territories, laboratories and sentinel physicians, FluWatch provides weekly reports summarizing influenza prevalence in Canada. The Agency developed protocols for federal/provincial/territorial governments that provide general principles and operating procedures to coordinate investigations and to control severe respiratory outbreaks. An example is the Respiratory Illness Outbreak Response Protocol. The Canadian Integrated Program for Antimicrobial Resistance Surveillance (CIPARS) annual report for 2003 was released on February 28, 2005 (see http://www. phac-aspc.gc.ca/cipars-picra/ 2003_e. html). That annual report indicated high levels of resistance in salmonella strains from human and poultry sources, prompting a voluntary ban on a Class 1 antimicrobial used in the hatching egg industry. The Agency supports the work of the Advisory Committee on Population Health and Health Security's Task Group on Enhancing Capacity for Chronic Disease Risk Factor Surveillance. The report of the Task Group, which outlines a comprehensive approach to enhancing surveillance, has been approved by the Conference of Deputy Ministers of Health. The Auditor General has indicated satisfaction with progress made in filling identified gaps in the surveillance of chronic disease.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
	The National Diabetes Surveillance System (NDSS) represents the first example of a coordinated, national use of administrative data for public health surveillance purposes. The NDSS can compare data on use of health services and health outcomes of people with and without diabetes. With these features, the NDSS is a prototype of enhanced capacity and infrastructure to support surveillance of other diseases that can be tracked through the health care system. The NDSS was evaluated in 2004–05, and the report will be finalized and the findings made available in 2005–06. Three workshops have been held with provincial and territorial partners, other federal departments, academia and non-governmental organizations to explore the inclusion of arthritis, mental illness and cardiovascular disease in an integrated surveillance system. Work is underway to study incorporating other chronic diseases into the National Diabetes System, and to include cancer staging and palliative care data in the National Cancer Registry. The Agency supported the active surveillance of enteric disease in humans and their exposure to pathogens through food, water and animals in sentinel communities across Canada. This activity requires collaboration and data sharing agreements between public health units and the Agency; it is supported by the Agriculture Policy Framework. The Surveillance Framework and negotiations with the first C-EnterNet sentinel site (Region of Waterloo Public Health Unit) have been completed.
• For West Nile virus and other animal-to-human transferable diseases, the Agency will continue to develop the surveillance and research capacities to address these new threats.	MET Ongoing surveillance information is now provided on-line.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
	Research was designed to establish the most relevant mosquito species that act as transmitters of the disease. The establishment of mosquito species in a laboratory setting has been slower than anticipated, although some important species are slowly adapting. Memorandums of Agreement and research protocols have been developed with the Government of Cuba for studies on West Nile virus infection rates. Reference laboratory services for diagnostic testing of West Nile virus are provided to client laboratories in Canada and internationally.
14. In 2003, Health Canada received $45 million over five years to develop and strengthen immunization capacity and reduce the incidence of specific vaccine-preventable diseases. This new funding, now transferred to the Agency, will be invested in initiatives to: strengthen federal program activities; ensure equitable and timely access to recommended vaccines for all Canadians; fulfill federal responsibilities for vaccine preventable diseases and immunization; and provide a forum for inter-jurisdictional collaboration on immunization issues and programs.	MET The federal/provincial/territorial Canadian Immunization Committee was established to provide leadership in advancing the National Immunization Strategy (NIS) through analysis, development of national goals, and effective and efficient immunization programs, policies, practices, guidelines and standards. Funding in 2004–05 was used to develop various components and activities of the NIS, including the following: • A federal/provincial/territorial Vaccine Supply Working Group was established; • Supply shortfalls were managed in collaboration with provincial and territorial governments, as a result of a flu vaccine shortage in the United States; • A task group was established to study approaches to publicly funded influenza immunization; and • The Canadian Immunization Registry Network carried out activities.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
15. Based on successful pilots of the Public Health Information System (PHIS), the Agency will work with provincial, territorial and local partners to further pilot, evaluate and develop additional PHIS modules.	MET In a final step to improve information sharing, the Agency successfully partnered with Ontario and British Columbia to develop new modules (Outbreak and Primary Assessment and Care modules), as PHIS moved into its operational phase This provides credible, timely, accessible and secure public health information and practices, enhancing the ability of health professionals to make better-informed decisions that benefit Canadians. Opportunities to collaborate with the Canada Health Infoway project are also being explored.
16. The Agency will continue to exchange information through the Global Public Health Network. Six regional emergency preparedness coordinators will focus their energies on planning, coordinating and implementing an effective regional emergency preparedness response system that supports the National Departmental Emergency Preparedness Policy and Plan.	MET The Agency, through the Global Health Security Action Group Laboratory Network, has sponsored workshops covering the laboratory detection of anthrax, smallpox and plague, with more to follow on hemorrhagic fevers and tularemia. At these gatherings, best practices for laboratory diagnostics are shared, especially on agents of bioterrorism. Enhanced communication protocols have been developed to share best practices on influenza virus H2N2, Marburg hemorrhagic fever and avian influenza. An international transportation workshop was also held; participants included representatives of the United Nations, the World Health Organization, the International Air Transport Association, the International Civil Aviation Organization, the International Airline Pilots Association and courier corporations. As an additional part of these international efforts, the National Microbiology Laboratory conducted research on vaccines for Ebola and Marburg hemorrhagic fever viruses, two highly contagious pathogens endemic to parts of Africa. Candidate vaccines for both viruses have been developed.

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
17. The Agency will engage in activities that will coordinate our response to public health emergencies and improve the day-to-day management of broader public health issues within the federal jurisdiction.	MET A major goal underlying the creation of the Agency was to ensure that Canada would be able to deal effectively with public health emergencies. To this end, the Agency has re-established front-line quarantine services at Canada's eight major international airports, to control the entry of diseases such as severe acute respiratory syndrome (SARS). The Canadian Global Public Health Intelligence Network II was launched in New York in November 2004; it provides 24-hour global monitoring and surveillance of potential global health threats, including potential pandemic communicable disease outbreaks. New collaborative software acquisitions provide 24-hour operational readiness. The Agency is undertaking a strategic review of the National Emergency Stockpile System (NESS) to ensure readiness to respond to all types of emergency hazards. NESS was activated at the request of the Canadian International Development Agency to respond to the need for medicines, supplies and equipment in Southeast Asia after the devastating tsunami of December 2004. The Public Health Agency of Canada was concerned about the threats to public health caused by the disaster. Senior officials of the Public Health Agency participated in reconnaissance and evaluation efforts, leading to a more effective Canadian response. The Agency co-hosted with Public Safety and Emergency Preparedness Canada (PSEPC) the fourth National Forum on Emergency Preparedness and Response, during which significant progress was made toward the development of an integrated pan-Canadian emergency management system based on the principles and guidelines of the National Health

2004–05 Health Canada Report on Plans and Priorities (RPP) Commitments and Status	
RPP Commitments	**Status**
	Emergency Management Framework. A permanent liaison post has been established to ensure essential links with PSEPC in inter-sectoral public health safety and security policies and procedures. The *Quarantine Act* was updated, granting new powers to prevent the introduction and spread of communicable diseases, and was subsequently passed by Parliament in May 2005. The National Office of Health Emergency Response Teams has completed preparatory work leading to the creation, training and exercising of the first Health Emergency Response Teams. The teams will create a multi-level, rapidly deployable surge capacity using an all-hazards approach.
• The Agency regions will continue to refine, test and evaluate their regional all-hazards emergency response plans as they continue to participate, plan and execute emergency exercises and manage actual emergencies.	MET A technical working group on emerging infectious diseases has been established to develop standards, methods and processes for the rapid launch of research during an infectious outbreak. Roles and responsibilities have been defined in the event of a pandemic influenza outbreak. Regional Coordinator positions were established in all Agency regional offices. Five positions have been staffed, and the sixth staffing action is in progress. Regional offices are laying the foundations for Regional All-Hazards Emergency Plans and Policies, working in coordination with provincial and territorial partners.

Laboratory Security
http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index.html

Childhood and Adolescence
http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/

Aging and Seniors
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_e.htm

Canadian Health Network
http://www.canadian-health-network.ca

Health Surveillance and Epidemiology
http://www.phac-aspc.gc.ca/hsed-dsse/index.html

Voluntary Sector
http://www.phac-aspc.gc.ca/vs-sb/voluntarysector/

Chronic Disease Surveillance
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_e.html

Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI)
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_e.html

World Health Organization Collaborating Centre for Non-Communicable Disease Policy
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/international_e.html

Hepatitis C
http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/index.html

Blood Safety Surveillance
http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/index.html

Immunization and Respiratory Infections
http://www.phac-aspc.gc.ca/dird-dimr/index.html

Network for Health Surveillance
http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/network_e.html

Section III – Supplementary Information

Organizational Information

About the Public Health Agency of Canada

The creation of the Public Health Agency of Canada on September 24, 2004, marked the beginning of a new approach to federal leadership and collaboration with provinces and territories on efforts to renew the public health system in Canada and to support a sustainable health care system.

Under the leadership of the Chief Public Health Officer, the Agency continues to work closely with Health Canada to promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action.

The Agency's focus remains on the capability to respond to public health emergencies and infectious disease outbreaks, the prevention of chronic diseases such as diabetes, cancer and cardiovascular disease, and the prevention of injuries.

Organizing for Effect

The structure of the Public Health Agency of Canada is based on creating an Agency presence in strategic locations across the country in order to effectively deliver services and programs which promote and protect national and international public health. Two strategic pillars, located in Ottawa and Winnipeg, support a national team working in satellite offices and laboratories in six designated regions.

This map indicates where the Agency has significant presence.

Each region is led by a Regional Director responsible for delivering Agency programs and services which respond to region-specific demands and national requirements. Regional staff play an essential role in anticipating, preparing for, responding to and recovering from public health emergencies.

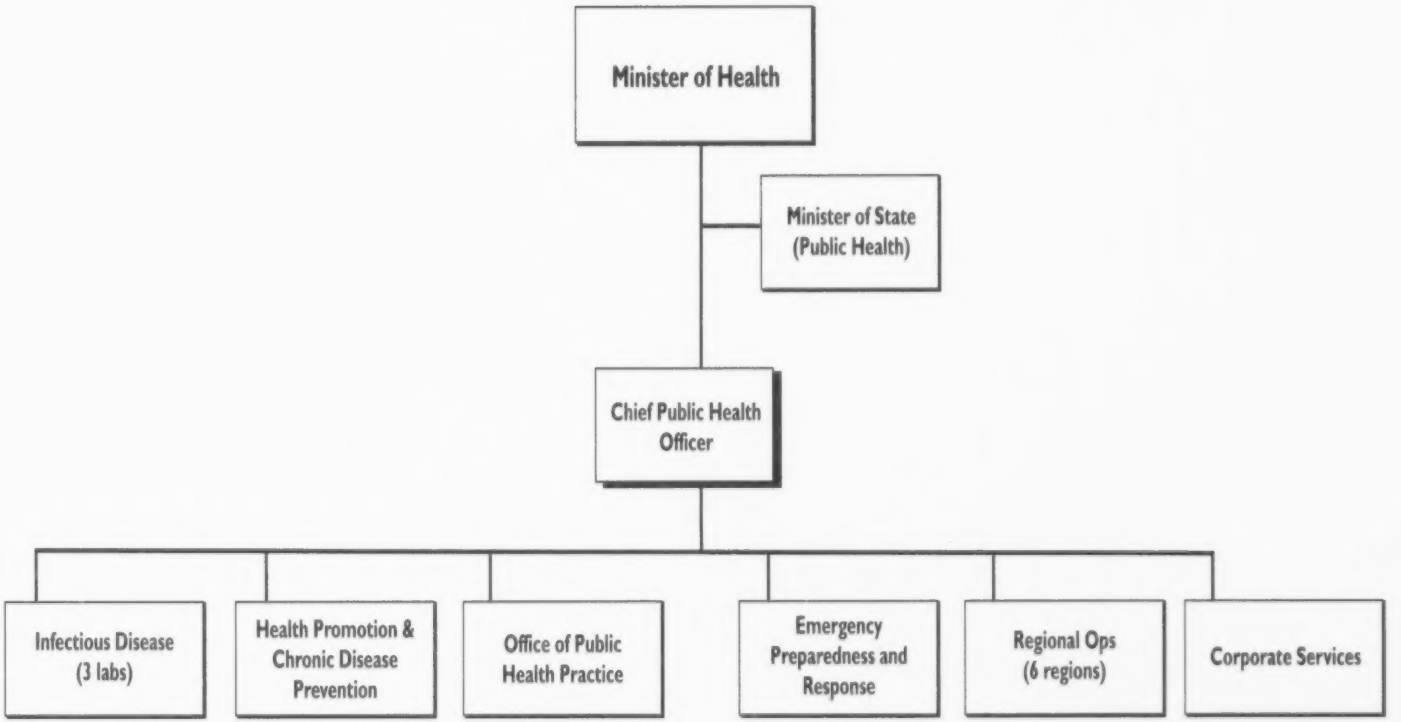
The interim organizational structure of the Public Health Agency as of March 2005 is outlined below. The Infectious Disease Branch includes the Centre for Infectious Disease Prevention and Control (with the HIV/AIDs laboratory) located in Ottawa and Guelph, the National Microbiology Laboratory located in the Canadian Science

Centre for Human and Animal Health in Winnipeg, the Laboratory for Foodborne Zoonoses located in Guelph and the Centre for Emergency Preparedness and Response. The Health Promotion and Chronic Disease Prevention Branch includes the Centre for Health Promotion (formerly the Centre for Healthy Human Development), the Center for Chronic Disease Prevention and Control and the Transfer Payments Services and Accountability Division. The Office of Public Health Practice is the former Centre for Surveillance Coordination. Seven regional offices support program delivery and are located in Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg, Regina, Edmonton, and Vancouver. The Corporate Services Branch includes directorates for Strategic policy, Communications, Finance and Planning, Human Resources and Information Management and Information Technology.

Through extensive partnerships and collaboration, our centres, directorates, regional offices and laboratories use the best available evidence and tools to advise and support public health stakeholders nationally and internationally as they work to enhance the health of their communities. The Agency's goal is to provide accurate and timely public health information, advice and leadership to Canadians while building and sustaining an inclusive public health network with stakeholders.

Through surveillance, research, investigations and reports on diseases, injuries and other preventable health risks and their determinants, Agency employees are key in assessing the general state of public health in Canada and abroad.

This transitional organizational structure allowed the Public Health Agency of Canada to achieve its global mandate while maintaining its national focus on ensuring healthy Canadians and communities in a healthier world.



Interim Organization chart as of March 2005

Table 1: Comparison of Planned Spending and Full-Time Equivalents ($ millions)						
			2004–2005			
	2002–03 Actual	2003–04 Actual	Main Estimates	Planned Spending	Total Authorities	Actual
Population and Public Health					605.2	586.7
Total					605.2	586.7
Total					605.2	586.7
Plus: Cost of services received without charge*					0.0	11.4
Net cost of Department					605.2	598.1
Full-time equivalents					**1,671.0**	**1,666.0**

This table compares the Total Authorities with Actual Spending for the 2004–05 fiscal year for the Public Health Agency of Canada and its predecessor. Before the Agency was created on September 24, 2004, this business line included the Population and Public Health Branch as well as parts of other branches of Health Canada. Health Canada's Main Estimates and Planned Spending include the Population and Public Health Branch figures.

* Services received without charge include accommodation provided by Public Works and Government Services Canada, the employer's share of employees' insurance premiums, expenditures paid by the Treasury Board Secretariat (excluding revolving funds), and services received from the Department of Justice Canada (see Table 4).

Table 2: Use of Resources by Business Line ($ millions)				
	2004–05 Budgetary			
Business Line	Operating	Grants and Contributions	Total: Gross Budgetary Expenditures	Total: Net Budgetary Expenditures
Population and Public Health				
Main Estimates	N/A	N/A	N/A	N/A
Planned Spending	N/A	N/A	N/A	N/A
Total Authorities	282.1	323.2	605.2	605.2
Actual Spending	264.9	321.8	586.7	586.7

This table reflects how resources are used within the Public Health Agency of Canada and its predecessor by appropriation for the 2004–05 fiscal year. Before the Agency was created on September 24, 2004, this business line included the Population and Public Health Branch as well as parts of other branches of Health Canada. Health Canada's Main Estimates and Planned Spending include the Population and Public Health Branch figures.

Table 3: Voted and Statutory Items ($ millions)					
		2004–05			
Vote or Statutory Item	Truncated Vote or Statutory Wording	Main Estimates	Planned Spending	Total Authorities	Actual
30	Operating expenditures			262.1	245.0
35	Grants and Contributions			223.2	221.8
(S)	Contributions to employee benefit plans			19.9	19.9
(S)	Canada Health Infoway Inc.			100.0	100.0
	Total			**605.2**	**586.7**

This table compares the Total Authorities with Actual Spending by Vote for the 2004–05 fiscal year for the Public Health Agency of Canada and its predecessor. Before the Agency was created on September 24, 2004, this business line included the Population and Public Health Branch as well as parts of other branches of Health Canada. Health Canada's Main Estimates and Planned Spending include the Population and Public Health Branch figures.

Link to TBS Estimates site:

2004–2005 Part III – Departmental Performance Reports (DPR)
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_e.asp (English)
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp (French)

Table 4: Net Cost of Department ($ millions)	
	2004–05
Total Actual Spending	586.7
Plus: Services Received Without Charge	
Accommodation provided by Public Works and Government Services Canada (PWGSC)	2.3
Contributions covering employers' share of employees' insurance premiums and expenditures paid by TBS (excluding revolving funds)	9.0
Salary and associated expenditures of legal services provided by Justice Canada	0.1
2004–2005 Net cost of Department	598.1

Table 5: Contingent Liabilities

** The Agency is involved in individual and class action suits against the Government. In light of the fact that these cases are the subject of ongoing settlement negotiations, and given the complexity of the issues, it is not possible to provide a reasoned assessment of contingent liability at this time.

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) ($ millions)

GENERAL EXPLANATIONS:

- This is a summary of the Transfer Payment Programs for the Public Health Agency that are in excess of $5,000,000.
- All of the Transfer Payments shown in this Table are voted programs.
- Due to the long-standing history and evolution of some programs, the Total Funding is not meaningful and/or cannot be determined without extraordinary effort. In such cases the Total Funding is left blank.

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs

1) **Name of Transfer Payment Program: Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research**

2) Start Date: 1999–2000 3) End Date: Ongoing 4) Total Funding:

5) Description of Transfer Payment Program: Population Health

6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To expand the knowledge base for program and policy development, to build more partnerships and develop inter-sectoral collaboration. Evidence-based policies and programs that promote healthy activities and create a larger cadre of trained community members. Increased number of community-based initiatives that foster evidence-based healthy living practices, healthy environments, safe products and strong support systems. Greater number of organizations and networks acting collaboratively to help Canadians make physical activity a part of their daily lives. Also included in the Population Health program is the Canadian Health Network (CHN): To provide Canadian consumers with expert reviewed information/resources focussing on how to stay healthy and to prevent disease and injury so that Canadians can be better informed and empowered to have more control over their health and improve their health literacy.

7) Achieved Results or Progress Made: The Population Health Fund continued to be active with 35 national projects completed following the 2002 solicitation. The Fund also supported the establishment of the National Collaborating Centres and the development of the 2007 International Conference on Health Promotion in Vancouver. A new solicitation for national projects resulted in 27 projects being recommended to the Minister for approval. Funding of regional projects reflecting regional priorities has continued. The Dissemination and Evaluation component of various approved projects was also increased.

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	18.8	18.2	11.6	10.9	10.4	1.2
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	18.8	18.2	11.6	10.9	10.4	1.2
16) Total TPP	18.8	18.2	11.6	10.9	10.4	1.2

17) Comments on Variances: The CHN provided $1.0 million to address departmental priorities; negotiations on three content areas were still being conducted ($900,000) to ensure appropriate fit and value for money before agreements were put into place.

18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: The CHN is currently undergoing a comprehensive evaluation that is due to the Treasury Board Secretariat in December 2005. Initial findings from public opinion research (which feeds into the evaluation) indicate that the CHN has been steadily growing in usage since its 1999 launch, with an monthly average of 185,439 unique visitors in 2005 (an increase from 123,593 visitors in 2004).

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)		
1) **Name of Transfer Payment Program: Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventive and early intervention services aimed at addressing the health and developmental problems experienced by young at-risk children in Canada**		
2) Start Date: 1998–99	3) End Date: Ongoing	4) Total Funding:
5) Description of Transfer Payment Program: Community Action Program for Children (CAPC)		
6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To enhance community capacity to respond to the health and development needs of young children and their families who are facing conditions of risk, through a population health approach. To contribute to improved health and social outcomes for young children and parents/caregivers facing conditions of risk.		
7) Achieved Results or Progress Made: There are approximately 450 CAPC projects across Canada. Based on preliminary results from CAPC's national process of evaluation for the 2004–05 reporting period, it is estimated that CAPC projects serve over 69,000 children and parents/caregivers in a typical month in more than 3,000 communities across the country. CAPC's national process of evaluating the results consistently showed that CAPC projects have developed successful partnerships with many sectors and are supported by communities and other supporters. Early evaluation of the program (1997) found that CAPC was successfully reaching its intended population (i.e. children and families facing conditions of risk). Currently, work is underway to develop a strategy to better understand CAPC's current reach. CAPC completed a Results-Based Management and Accountability Framework (RMAF) in 2004, and is now working with the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) to develop an integrated RMAF that will produce a coordinated approach to measuring outcomes for the two programs. The integrated CAPC-CPNP RMAF will guide future evaluation planning for CAPC.		

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	53.3	53.5	54.7	55.6	55.6	-0.9
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	53.3	53.5	54.7	55.6	55.6	-0.9
16) Total TPP	53.3	53.5	54.7	55.6	55.6	-0.9

17) Comments on Variances: .

18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: Significant Evaluation Findings: Preliminary results from the CAPC national evaluation process for the 2004–05 reporting period show that CAPC projects continue to have successful partnerships with many sectors and are supported by communities and other supporters. (Please note that approximately 50 Aboriginal projects in Ontario do not participate in the national evaluation process, as they participate in a separate evaluation.) In 2004–05, over 6,000 partnerships were reported. Most CAPC projects reported partnering with a health organization, such as a health department, a regional health authority, a community health centre or a CLSC. Many CAPC projects reported in-kind contributions and donations of time. These projects estimated receiving more than $6 million in in-kind contributions of such things as facilities, program materials and project equipment, as well as over 70,000 hours donated by participant volunteers, partner staff and others in the community. A number of CAPC projects reported receiving funding from sources other than CAPC, CPNP and AHS. Over $22 million in funding from other sources was reported, including more than $11 million from provincial/territorial governments.

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)		
1) **Name of Transfer Payment Program: Contributions towards the Canadian Strategy on HIV/AIDS**		
2) Start Date: 1998–99	3) End Date: Ongoing	4) Total Funding:
5) Description of Transfer Payment Program: HIV/AIDS		
6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To support prevention of HIV/AIDS, to promote access to care, treatment and support for people affected by the disease. Projects funded at the national and regional levels that will result in improved knowledge and awareness of the epidemic and a strengthened community and public health capacity to respond to the epidemic. Increased knowledge and awareness; enhanced multi-sectoral engagement and alignment; increased individual and organizational capacity; and increased coherence of the federal response.		
7) Achieved Results or Progress Made: 46 new projects funded – 26 projects under the Non-Reserve First Nations, Inuit and Métis Communities HIV/AIDS Project Fund; 10 projects under the National HIV/AIDS Capacity Building Fund; 2 projects under the HIV/AIDS Information Service Initiative Fund; 2 projects under the National HIV/AIDS Community-Based Social Marketing Fund; 6 projects under the National HIV/AIDS Non-Governmental Organization Operational Fund. Regional Program (AIDS Community Action Program [ACAP]): 83 community-based organizations (CBOs) operationally funded; 68 CBOs funded to complete time-limited projects; 12 CBOs received ACAP funding for the first time; thousands of volunteers contributed time and effort to address HIV/AIDS through ACAP-funded organizations; thousands of partnerships maintained through ACAP-funded projects.		

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	16.8	17.1	10.8	19.6	19.5	-8.7
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	16.8	17.1	10.8	19.6	19.5	-8.7
16) Total TPP	16.8	17.1	10.8	19.6	19.5	-8.7

17) Comments on Variances: The variance of $8.7 million that was transferred from grants to contributions, and an under-estimation of the new contribution resources that were received in 2004–05 under the Treasury Board Submission for the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada.

18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: Getting Ahead of the Epidemic: The Federal Government Role in the Canadian Strategy on HIV/AIDS 1998–2008 – Key Findings: The federal response has expanded the federal reach to address the epidemic; developed community capacity; placed HIV/AIDS in a human rights context; supported national organizations in engaging in the full range of public policy, research, prevention, treatment and care activities; developed flexibility in supporting particularly vulnerable populations such as Aboriginal peoples, and in targeting specific regions, in a manner consistent with the epidemic being a national emergency; the epidemic continues to grow; Getting Ahead of the Epidemic identified a need to develop a new approach to federal leadership and collaboration with provinces and territories to support a sustainable coordinated approach to HIV/AIDS; to ensure that those who are at risk of acquiring HIV/AIDS or are living with the disease have equitable access to programs and services; and to strengthen HIV/AIDS-specific services and supports, with a focus on those populations most affected.

http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/hiv_aids/federal_initiative/publications/ahead.html

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)		
1) **Name of Transfer Payment Program: Contributions to incorporated local or regional non-profit Aboriginal organizations and institutions for the purpose of developing early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families**		
2) Start Date: 1995–96	3) End Date: Ongoing	4) Total Funding:
5) Description of Transfer Payment Program: Aboriginal Head Start; Early Childhood Development		
6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To develop early intervention programs for Aboriginal pre-school children and their families. Enhanced programming for parental involvement and support for special needs children at 114 community sites. To expand existing facilities in under-served communities and to create new centres in unserved communities. To consult with the national advisory committee and regional offices to set priorities for program expansion. To address the need to improve access to information and training. To increase overall enrolment in the program by approximately 1000 children by 2004–05. To increase the number of parental involvement workers, the number of special needs workers and training offered to project staff in areas such as services to special-needs children and parental involvement.		
7) Achieved Results or Progress Made: There are 131 community sites, with 1000 new Aboriginal Head Start spaces. In the process of increasing the number of parental involvement workers, the number of special needs workers, and training offered to project staff in areas such as services to special-needs children and parental involvement.		

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	25.8	28.0	29.1	28.8	28.7	0.4
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	25.8	28.0	29.1	28.8	28.7	0.4
16) Total TPP	25.8	28.0	29.1	28.8	28.7	0.4
17) Comments on Variances:						
18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: Aboriginal Head Start (AHS) conducts annual process evaluations and is in the final phase of a three-year impact evaluation. Initial findings from the impact evaluation are as follows: children demonstrate improved skills in school readiness and in other areas of early childhood development; parents participate in AHS management and operations, in parenting classes and in the classrooms; there is community mobilization around children; and Aboriginal cultures and languages are strengthened in participants.						

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)			
Other Transfer Payments			
1) **Name of Transfer Payment Program: Payments to provinces and territories to improve access to health care and treatment services for persons infected with hepatitis C through the blood system**			
2) Start Date: 2000–01	3) End Date: 2014–15	4) Total Funding: 200.6	
5) Description of Transfer Payment Program: Improved Resourcing for Hepatitis C Health Care Services			
6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To improve access to health care and treatment services for persons infected with hepatitis C through the blood system. Federal transfers will be used for health care services indicated for the treatment of hepatitis C infection, and medical conditions directly related to it, such as current and emerging antiviral drug therapies, other relevant drug therapies, immunization and nursing care. Regular reports to the public will be prepared on the nature of initiatives benefiting from federal funding.			
7) Achieved Results or Progress Made: Funds have been distributed among the provinces and territories where access to health care and treatment service are being provided.			

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions						
- Total Other Transfer Payments	21.2	44.0	50.1	50.1	50.1	0.0
15) Total for BL (or PA)	21.2	44.0	50.1	50.1	50.1	0.0
16) Total TPP	21.2	44.0	50.1	50.1	50.1	0.0
17) Comments on Variances: No variances						
18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: The first federal five-year review of the Undertaking Agreement will occur in 2005–06.						

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)		
1) **Name of Transfer Payment Program: Contributions to persons and agencies to support health promotion projects in the areas of community health, resource development, training and skill development, and research**		
2) Start Date: 1999–2000	3) End Date: 2005–06	4) Total Funding:
5) Description of Transfer Payment Program: Diabetes		
6) Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To expand the knowledge base for program and policy development, to build more partnerships and to develop inter-sectoral collaboration. Evidence-based policies and programs that promote healthy activities and create a larger cadre of trained community members. Increased number of community-based initiatives that foster evidence-based healthy living practices, healthy environments, safe products and strong support systems. Greater number of organizations and networks acting collaboratively to help Canadians make physical activity a part of their daily lives. To provide Canadian consumers with expert-reviewed information/resources focussing on how to stay healthy and to prevent disease and injury so that Canadians can be better informed and empowered to have more control over their health and improve their health literacy.		
7) Achieved Results or Progress Made: With stronger linkages with our internal and external partners, we have made significant progress on integrated approaches to public health through the development and implementation of chronic disease policies and programs, as well as providing leadership and expertise in pan-Canadian chronic disease prevention and control.		

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	6.7	7.1	6.0	6.0	5.9	0.1
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	6.7	7.1	6.0	6.0	5.9	0.1
16) Total TPP	6.7	7.1	6.0	6.0	5.9	0.1
17) Comments on Variances: Deferral of staffing during the transition to the new Agency contributed to the impact of turnover. Unanticipated operational constraints and staff turnover prevented some planned activities/projects from being completed on time or as planned.						
18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation:						

Table 6: Details on Transfer Payments Programs (TPPs) (continued)		
1. **Name of Transfer Payment Program: Contributions to non-profit community organizations to support, on a long-term basis, the development and provision of preventive and early intervention services aimed at addressing the health and developmental problems experienced by young at-risk children in Canada**		
2. Start Date: 1994–95	3. End Date: Ongoing	4. Total Funding:
5. Description of Transfer Payment Program: Canadian Prenatal Nutrition Program (CPNP)		
6. Objective(s), Expected Result(s) and Outcomes: To improve community capacity to respond to the needs of pregnant women who are living in circumstances that put their health and the health of their infants at risk. To increase access to health and social supports for pregnant women in approximately 330 projects in about 2000 communities in Canada. To reach the intended audience, e.g., women living in challenging circumstances such as poverty, poor nutrition, teenage pregnancy, social and geographic isolation, recent arrival in Canada, alcohol or substance use and/or family violence. The Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) portion aims to build community capacity by developing tools and resources for the use of community-based front-line workers.		
7. Achieved Results or Progress Made: There are approximately 330 Canada Prenatal Nutrition Program projects in about 2000 communities across Canada. The Program serves about 50,000 prenatal and recently postnatal women annually. Each year, an estimated 28,000 pregnant women and 1,800 postnatal women enter CPNP. The FASD National Strategic Project Fund supported 8 projects that are now in the dissemination and evaluation phase: – one developed a curriculum for a certificate program at the college level which is being picked up by other colleges across Canada; – one developed tools and resources for families and caregivers coping with FASD-affected individuals; – one is raising awareness and knowledge among allied professionals to help them cope with those affected by FASD in their sectors; – one maintains a database of programs related to FASD; – and one was designed to adapt resources into French for French-speaking communities across the country.		

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005	12) Actual Spending 2004–2005	13) Variance(s) between 10 and 12
14) Business Lines (BL) **Health Promotion and Protection**						
- Total Grants						
- Total Contributions	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
- Total Other Transfer Payments						
15) Total for BL (or PA)	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
16) Total TPP	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
17) Comments on Variances:						
18) Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: Significant Evaluation Findings and URL to Last Evaluation: The CPNP is undergoing a comprehensive evaluation, and information has been collected to measure reach and retention, relevance, implementation and impact. According to evaluation findings from 1998 to 2003, the CPNP is reaching the intended audience and is estimated to have served 60% of low income pregnant women in Canada, 40% of teenagers delivering live births in Canada and 37% of Aboriginal pregnant women living off-reserve. The FASD projects are in their last dissemination and evaluation year; as a result, there are no evaluation findings yet.						

Table 7: Conditional Grants (Foundations)

1) Name of Foundation: Canada Health Infoway Inc.

2) Start Date: start FY 04/05 3) End Date: end FY 08/09 4) Total Funding: $100 million

5) Purpose of Funding: One-time allocation to invest in the development and implementation of pan-Canadian Health Surveillance System

6) Objective(s), expected result(s) and outcomes:

Objectives: To develop an implementation strategy for a pan-Canadian Public Health Surveillance System based on a full assessment of the required tools for public health surveillance (client and provider registries, domain repositories, peer to peer standards repositories, surveillance applications, integration technologies) and to determine how best to build upon what already exists.

There is a major gap in the capacity to manage surveillance data. Infoway can align the required activities to address this gap with their work on the electronic health record. For more information on the Canada Health Infoway Inc. (Infoway), please see the Health Canada 2004-2005 Departmental Performance Report.

Link to TBS Estimates site:
2004–2005 Part III – Departmental Performance Reports (DPR)
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_e.asp

Expected Results: The majority of jurisdictions have functional surveillance systems that are interoperable with other health care systems and between jurisdictions leading to:

- Improved reporting and analysis times from diagnosis to response for routine public health activities, and outbreaks;
- Secure sharing of health data or information across multi-disciplinary teams;
- An improved capacity to locate, notify and manage contacts and quarantined persons in major outbreak situations;
- Improved public health efficiency in making routine and surveillance information available to policy makers ad managers to support public heath program management;
- Public health business requirements incorporated into those initiatives around data definitions, risk factors, process models, technology and enterprise architecture;
- Improved knowledge of, and adoption of standards across jurisdictions to promote standardization in reporting of public health data;
- Improved operability between disparate health systems and public health applications;
- Improved security of personal health information; and
- Increased transparency and accountability in the health system.

Outcome: Better health protection and improved health outcomes for Canadians.

7) Achieved results or progress made (within overall departmental results achieved):

1. Development of an investment strategy and its approval by the Infoway Board of Directors in December, 2004.

   This was done through consultations with stakeholders and in collaboration with a Steering Committee comprised of F/P/T public health and information technology experts. The strategy will focus on building the core common components of the surveillance system solution, including infectious disease case management, immunization management, outbreak management, health alerts, surveillance and reporting, and integration to jurisdiction registries and laboratory repositories.

2. A high-level business requirements and software market study was completed. This study provided an analysis of potential applications and tools that may be available in the private and public sectors to build upon. It included both Public Health Agency of Canada (PHAC) applications: i-PHIS and CNPHI-CIOSC.

3. A Requirements Definition document was completed, outlining the high level requirements of the public health community for the solution to be built. It included an analysis of the components of the Public Health Agency's iPHIS product that could be reused or adapted for pan-Canadian health surveillance needs.

4. A Solution Specification that compares candidate solutions and makes recommendations for each required health surveillance component. The recommended solutions are a combination of content leveraged from existing public sector systems (reuse), off-the-shelf commercial products (buy), and custom-built software (build).

	8) Actual Spending 2002–2003	9) Actual Spending 2003–2004	10) Planned Spending 2004–2005	11) Total Authorities 2004–2005 $ million	12) Actual Spending 2004–2005 $ million	13) Variance(s) between 10 and 12 $ million
14) Conditional Grant(s)	N/A	N/A	0	100	100	100

15) Comments on Variances:

16) Significant Evaluation Findings and URL to last evaluation: An evaluation to measure Infoway's overall performance in achieving the outcomes identified in the Funding Agreement is due March 31, 2006.

17) URL to Foundation site: http://www.infoway.ca

18) URL to Foundation's Annual Report http://www.infoway.ca/pdf/CHI-fullAR-en.pdf

Table 8: Response to Parliamentary Committees, Audits and Evaluations for FY2004–2005

Response to Parliamentary Committees

No committee responses were tabled during the time period indicated.

Response to the Auditor General

No Auditor General audits were tabled in 2004–05 with recommendations directed at the former Population and Public Health Branch of Health Canada or the Public Health Agency of Canada.

External Audits or Evaluations

Internal Audits or Evaluations

Internal Audits:

As a former branch of Health Canada, the Public Health Agency of Canada participated in internal audits completed by Health Canada in fiscal year 2004–05. For information regarding these audits, please refer to Table 17 of Health Canada's Departmental Performance Report. A risk assessment that is being conducted in fiscal year 2005–06 will form the basis of the Agency's first multi-year risk-based audit plan.

Evaluations:

There were no evaluations of programs of the Public Health Agency of Canada released in 2004–05.

A list of the evaluations conducted since 1982 by Health Canada, including its former Population and Public Health Branch, can be found at http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/programeval/report/reportindex.html. The Evaluation of the Canada Prenatal Nutrition Program and the Synthesis of Canadian HIV/AIDS Related Evaluations, 1998–2003, released during 2004–05, pertained to the former Population and Public Health Branch of Health Canada.

The Agency initiated the creation of a centre that will focus on program design and excellence in evaluation during 2004–05. An assessment of evaluation resources and the preparation of risk-based evaluation plans were undertaken to support the design of the planned centre.

Table 9: Sustainable Development Strategies (SDS)	
Sustainable Development Strategies	
Department/Agency: Public Health Agency of Canada	
Points to address	**Departmental Input**
1. What are the key goals, objectives, and/or long-term targets of the SDS?	Prior to the creation of the Public Health Agency of Canada (PHAC) in September 24, 2004, the former Population and Public Health Branch (PPHB) was an integral part of the Health Canada Sustainable Development Portfolio and contributed to the development of Health Canada's third Sustainable Development Strategy (SDS) 2004–07, entitled *Becoming the Change We Wish to See*. The three-year strategy was developed with three thematic areas for action which Health Canada (HC) is reporting on in the 2004–2005 DPR: Theme 1: Helping to create healthy social and physical environments Theme 2: Integrating sustainable development into departmental decision-making and management processes Theme 3: Minimizing the environmental health effects of the Department's physical operations and activities Under Theme 1, PHAC or the former PPHB had one commitment, the Active Transportation initiative, which was cited in the HC 2004–05 RPP and in the PHAC 2005–2006 RPP. The goals of the Active Transportation initiative are the following: a) To build and to increase awareness among Canadians of the implications of their current transportation practices and costs of their personal, community and environmental health, safety and transportation choices, and to increase the number of Canadians choosing walking and cycling over automobile use, especially for short trips; and b) To increase awareness across sectors regarding the significance of links between land use planning, transportation, environment and health, to increase awareness among decision makers at the municipal, provincial and national level of the supportive social and physical infrastructure required for active transportation, and to improve public policies in this area.

Department/Agency: Public Health Agency of Canada	
Points to address	**Departmental Input**
	The objectives of this specific SDS are: a) To increase knowledge on the barriers to active transportation participation; b) To enhance multi-sectoral collaboration; and c) To create community active transportation plans.
2. How do your key goals, objectives and/or long-term targets help achieve your department's/ agency's strategic outcomes?	By creating more liveable communities and improving the physical environment to be more supportive of active transportation, the objectives are improving Canadian's health by increasing physical activity levels, contributing to reversing the growing trend towards obesity in Canada, reducing greenhouse gas emissions and hospital admissions for respiratory illnesses and creating stronger community interaction.
3. What were your targets for the reporting period?	Our targets for the reporting period were: 1) To support a National Active Transportation Survey and to conduct focus groups across the country to assess changes in active transportation knowledge, attitudes and behaviours; and 2) To support active transportation workshops and community charettes.
4. What is your progress (this includes outcomes achieved in relation to objectives and progress on targets) to date?	The National Active Transportation Survey was completed in January 2005 by Go for Green (a national not-for profit organization) and the Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. This survey examined new and longitudinal data that assessed changes in active transportation knowledge, attitudes and behaviours (specifically participation levels, types of trips, frequency and length of trips, barriers and opportunities of increasing participation and magnitude of potential shifts. A final report of results is available, and a comparative analysis will begin within the next few months. Fact sheets and a PowerPoint presentation as well as a media release will be developed by the fall of 2005 to coincide with International Walk to School Week, an event organized nationally by Go for Green. Eight focus groups (including a total of 72 participants) with a mix of adults and youth were conducted by Go for Green and Allium Consulting, in Vancouver, Winnipeg, Ottawa and Halifax. These focus groups provided useful insight into a variety of issues related to Canadians' use of active transportation and advice for future strategic planning, communication, partnership

Department/Agency: Public Health Agency of Canada	
Points to address	**Departmental Input**
	development and project planning for all levels of government and non-governmental organizations (NGOs) working in the area of active transportation. Active Transportation workshops and community charettes were held in several communities across Canada to assess the active transportation quotient (an audit tool for communities to determine the quality of the local active transportation environment) and to create an active transportation vision within their community. Health Canada/Public Health Agency of Canada, Transport Canada and Environment Canada regional offices were invited to participate in the workshops. Go for Green has continued communications with these communities and continues to forward additional resources. There will also be follow-up assessments to document implementation of active transportation community plans and adoption policies supportive of active transportation. Go for Green has received an overwhelming number of requests from communities near the communities that implemented these projects and from communities throughout Canada to conduct these workshops and has not been able to keep up with demand. Every attempt will be made to follow up with these communities within this fiscal year or the next. Go for Green also made a presentation to the Canadian Institute of Transportation Engineers, at its Vancouver Conference, and to three committees of the Transportation Association of Canada: the Sustainable Transportation Standing Committee, the Traffic Operations and Management Standing Committee and the Geometric Design Standing Committee. The Canadian Institute of Professional Engineers expressed some interest in working with Go for Green to conduct a joint session on Active Transportation at their spring meeting in April 2006. **Interdepartmental Collaboration:** The Agency's Physical Activity Unit is now a member of the Interdepartmental Working Group on Sustainable Urban Transportation to help guide and influence various federal policy frameworks to be more supportive of sustainable transportation (including active transportation).

Department/Agency: Public Health Agency of Canada	
Points to address	Departmental Input
	The Physical Activity Unit has worked with various federal departments including Transport Canada and Environment Canada for a number of years in promoting active transportation (e.g., by sponsoring Active and Safe Routes to School, the Federation of Canadian Municipalities Moving without Motors – A Guide to the Active Transportation Community and various workshops and regional forums. Transport Canada will be undertaking an analysis of active transportation in Canada and the role of the federal government, and will work closely with the Agency, along with other federal departments, provinces and municipalities, on this initiative. As part of its Collaborative Plan of Action to increase physical activity by 10 percentage points in every province and territory by the year 2010, The Federal/Provincial/Territorial (F/T/P) Physical Activity and Recreation Committee has plans to build on Go for Green workshops and conduct cross-Canada workshops on active transportation, with a focus on family and school-aged children and an emphasis on active and safe routes to school. Partnerships would include F/P/T Sport Committee, the F/P/T School Health Consortium, Go for Green, the Canadian Parks and Recreation Council, the Federation of Canadian Municipalities, Environment Canada, Transport Canada, Infrastructure Canada and Industry Canada. Approval is pending a decision at the August 2005 meeting of the Federal/Provincial/Territorial Ministers responsible for Sport. Active transportation is increasingly recognized as a practical alternative to the single-occupant vehicle (SOV) for shorter trips which offers many benefits for personal health and the environment, and cost efficiencies for both government and individuals. The following are some exciting examples of advancements in the field: – The Canadian Institute of Transportation Engineers is undertaking a project to develop and disseminate a guide that will recommend site design practices that can be applied through the land development process to promote the use of more sustainable modes of transportation such as walking, cycling and transit. This guide will also identify a range of supporting policies and actions that can be introduced to foster sustainable transportation initiatives. – The Centre for Sustainable Transportation is working on Child-Friendly Active Transportation Guidelines for individual provinces.

Department/Agency: Public Health Agency of Canada	
Points to address	**Departmental Input**
5. What adjustments have you made, if any? (To better set the context for this information, discuss how lessons learned have influenced your adjustments.)	Transport Canada and the Agency provided guidance on the content of workshops, the National Active Transportation Survey and focus testing. One adjustment made was the decision to conduct the professional development workshops within existing forums of the Canadian Institute of Transportation Engineers and the Transportation Association of Canada, for greater cost efficiency and efficacy in reaching this group. Since the active transportation workshops were conducted in the later part of the fiscal year, lessons learned will be applied to future sessions. As mentioned earlier, the Active Transportation Survey and focus groups provided useful insight into a variety of issues related to Canadians' use of active transportation and advice for future strategic planning, communication, partnership development and project planning for all levels of government and NGOs working in the area of active transportation.

Table 10: Procurement and Contracting

The Public Health Agency of Canada obtains procurement and contracting services from Health Canada. Please refer to Table 19 of the Health Canada 2004–2005 Departmental Performance Report, as it also applies to the Agency.

Link to TBS Estimates site

2004–2005 Part III – Departmental Performance Reports (DPR)
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_e.asp (English)

Table 11: Service Improvement Initiative (SII)

1. Programs and services covered by a service improvement plan

The Canadian Health Network (CHN) has participated in the SII and has reported many of its findings through the Government On-Line initiative.

The CHN is a health promotion tool that provides consumers with expert-reviewed, quality-assured health promotion and disease- and injury-prevention information, which includes primary, secondary and tertiary prevention. It works to educate and influence behavioural changes at the individual and community levels.

The CHN is an integrated public health information collection, management and distribution program. Its content of almost 20,000 resources is entirely consumer-focussed. The sources of the information are a vast Canadian network of expert organizations, including federal, provincial and territorial governments, hospitals, libraries, universities, non-government and community-based organizations. The information is catalogued and quality-assured by 23 affiliate organizations whose mandates include disseminating information to Canadians (and/or providing community-level support for disseminating information) about a specific area of health. Topic areas include diabetes, cancer, respiratory disease, cardiovascular disease (including stroke) as well as those that touch on multiple risk factors, including environmental health, active living, healthy eating, tobacco cessation, and stress.

2. Development of baseline client satisfaction levels and progress toward achieving satisfaction targets

The CHN conducted client satisfaction surveys in 2002 and 2004. A third survey will be conducted in the summer of 2005. The 2002 survey provided two key baseline statistics on whether clients were able to find what they were looking for on the site, and overall client satisfaction.

In 2002, 50 percent of users were satisfied or very satisfied with the CHN site. In 2004, 95 percent of users indicated they were satisfied or very satisfied with the site. This is an increase of 45 percent, which is well over the SII goal of 10 percent.

The CHN has made significant progress in enhancing its service in response to the comments received through the survey. Many of these enhancements deal with the content of the CHN Web site; they are outlined in the Question 4 tables below.

3. Service standards for all key public services: setting of standards and performance against those standards

On its Web site, the CHN provides a Health Information Requests (HIR) function that allows clients to ask health-related questions by e-mail. The CHN Division receives the questions and then, depending on the subject matter, directs them to the most appropriate funded recipient for a response. In some cases, the CHN has coordinated and sent to the client a response from several funded recipients.

Due to privacy and confidentiality concerns, in 2004, the CHN and its funded recipients worked together to improve this service. HIRs are now directed specifically to the funded recipients instead of being sorted by the CHN Division. In addition, other improvements were made by developing and implementing the following:

- Making it easier to find the link to the HIR function on the Web site;
- More direct links to specific funded organizations that have the expertise to respond to a broader range of health-related questions (i.e. not only focussed on prevention and health promotion) while ensuring the privacy of the client asking the question;
- A standard five-day response commitment for all HIRs that is consistently applied by all funded recipients; and
- A mechanism within the quarterly reports process whereby recipients provide statistics on the number of HIRs received and responded to and on adherence to the five-day response service delivery standard.

4. Main achievements in improving service from a citizen-centred perspective

A number of key achievements have been accomplished by the CHN in order to improve its service. The following statistics, based on the 2002 on-line survey and public opinion research conducted during 2004–05, indicate that the CHN has improved its service from a citizen-centred perspective by more than 10 percent (the SII goal).

Area of improvement/ Specific Question	Findings From 2002	Findings From 2004	Notes/Comments
Overall level of satisfaction with the CHN Web site (satisfied or very satisfied)	50%	95%	This represents an increase of 45%, which is well over the SII goal of 10%.
Average monthly number of unique visitors to the CHN Web site	71,085	123,593	This represents a 74% increase. The number of unique visitors has continued to increase dramatically year over year.
Number of Healthlink subscribers (electronic newsletter)	118 (June 2002)	12,781 (Dec. 2004)	The number of subscribers to the CHN's electronic newsletter continues to rise regularly each month. Comments from users indicate that the information provided in the newsletter is highly useful. No users have unsubscribed. In fact, users who have changed job or location regularly inform the CHN of their new e-mail address.

Area of improvement/ Specific Question	Findings From 2002	Findings From 2004	Notes/Comments
			The figures gathered from June 2002 to December 2004 indicate an increase of 10,175% in subscriptions, well over the SII target of 10%. From June 2002 to June 2005, the increase is 18,976%.
Visiting the Web site for the first time	72%	25%	Through better marketing and leveraging of partnerships, the CHN has recorded a much lower proportion of visits from first-time users. This indicates that there is a higher percentage of repeat users. The statistics show a much higher increase of repeat users than the SII goal of 10%

Other service improvements were also made. Though there were no quantitative statistics captured on this matter, many qualitative comments gathered suggest that the concerns raised in 2002 were addressed.

Area identified in 2002 for possible improvement	Improvements made by the CHN to date
Need to explain the purpose of the CHN clearly on the Web site	In 2004, a new description was added on the CHN home page ("What can you expect to find at the Canadian Health Network?").
Adding more content generally to the Web site	In response to the changing needs of Canadians, the CHN added new content areas to its roster of topics and groups. It now provides health information on the four chronic diseases that cause two-thirds of deaths in Canada. The number of resources available on the site has increased to nearly 20,000 in 2005.
Improve the search engine capabilities	In 2003, the CHN launched a new Web platform that included a content management system and a new search engine that significantly improved a client's ability to retrieve relevant results. Clients could then sort information in various ways, pagination was added and the indexing was expanded to include additional metatags.
Improved access to feedback/answers to questions	The CHN, as described in item 3, enhanced its Health Information Requests function to improve client privacy and confidentiality, while at the same time ensuring that the link to the HIR function became more visible and was directed to the health organization that could respond to the question.

Table 12: Horizontal Initiatives

Table 12 on The Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA) and the Federal Initiative to Address HIV/AIDS in Canada (FI) is available electronically at:

http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_e.asp

Table 13: Travel Policies
Comparison to the TBS Special Travel Authorities
Travel Policy of Public Health Agency of Canada: The Public Health Agency of Canada follows the TBS Special Travel Authorities

Comparison to the TBS Travel Directive, Rates and Allowances
Travel Policy of Public Health Agency of Canada: The Public Health Agency of Canada follows the TBS Travel Directive, Rates and Allowances

BUDGET DES DÉPENSES

Agence de santé publique du Canada

Rapport sur le rendement

Pour la période se terminant
le 31 mars 2005

Canada

Les documents budgétaires

Chaque année, le gouvernement établit son Budget des dépenses, qui présente l'information à l'appui des autorisations de dépenser demandées au Parlement pour l'affectation des fonds publics. Ces demandes d'autorisations sont présentées officiellement au moyen d'un projet de loi de crédits déposé au Parlement.

Le Budget des dépenses du gouvernement du Canada est divisé en plusieurs parties. Commençant par un aperçu des dépenses totales du gouvernement dans la Partie I, les documents deviennent de plus en plus détaillés. Dans la Partie II, les dépenses sont décrites selon les ministères, les organismes et les programmes. Cette partie renferme aussi le libellé proposé des conditions qui s'appliquent aux pouvoirs de dépenser qu'on demande au Parlement d'accorder.

Le *Rapport sur les plans et les priorités* fournit des détails supplémentaires sur chacun des ministères ainsi que sur leurs programmes qui sont principalement axés sur une planification plus stratégique et les renseignements sur les résultats escomptés.

Le *Rapport sur le rendement* met l'accent sur la responsabilisation basée sur les résultats en indiquant les réalisations en fonction des prévisions de rendement et les engagements à l'endroit des résultats qui sont exposés dans le *Rapport sur les plans et les priorités*.

Le Budget des dépenses, de même que le budget du ministre des Finances, sont le reflet de la planification budgétaire annuelle de l'État et de ses priorités en matière d'affectation des ressources. Ces documents, auxquels viennent s'ajouter par la suite les Comptes publics et les rapports ministériels sur le rendement, aident le Parlement à s'assurer que le gouvernement est dûment comptable de l'affectation et de la gestion des fonds publics.

©Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par
le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — 2005

No de catalogue BT31-4/98-2005
ISBN 0-660-62902-X

Ce document est disponible sur le site Web du SCT à www.tbs-sct.gc.ca
Ce document est disponible en médias substituts sur demande.

Nota : Pour ne pas alourdir le texte français, le masculin est utilisé pour désigner tant les hommes que les femmes.

En vente au Canada chez votre libraire local ou par la poste
auprès des Éditions du gouvernement du Canada – TPSGC
Ottawa, Canada K1A 0S9

Téléphone : (613) 941-5995
Télécopieur : (613) 954-5779 ou 1-800-565-7757 (Canada et É.-U.)
Commandes seulement : 1-800-635-7943 (Canada et É.-U.)
Internet : http://publications.gc.ca

Avant-propos

Le gouvernement du Canada améliore sans cesse ses pratiques de gestion, ce qui constitue pour lui une priorité depuis le dépôt au Parlement, au printemps 2000, du document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*. Dans sa poursuite de l'excellence en gestion, le gouvernement envisage d'offrir aux Canadiens : un gouvernement à l'écoute, qui sert bien ses citoyens et qui est administré comme une seule et même entité cohérente; un gouvernement innovateur, qui est appuyé par une fonction publique hautement qualifiée, en mesure de bien tirer parti de toute l'information à sa disposition et de faire un usage optimal des fonds publics, tout en tenant compte des risques éventuels; et un gouvernement redevable, qui rend compte clairement et ouvertement de son rendement au Parlement et aux Canadiens et aux Canadiennes.

Les rapports ministériels sur le rendement jouent un rôle de premier plan dans le cycle de planification, de suivi, d'évaluation ainsi que de communication des résultats au Parlement et aux citoyens. Ils sont au cœur même de l'application du concept du gouvernement redevable.

Les ministères et les organismes sont invités à rédiger leurs rapports en appliquant les principes pour l'établissement de rapports publics efficaces (voir le *Guide pour la préparation des rapports ministériels sur le rendement 2004-2005* : http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/guidelines/guide_f.asp). Selon ces derniers, un rapport ne peut être efficace que s'il présente un tableau du rendement qui soit non seulement cohérent et équilibré mais bref et pertinent. Un tel rapport doit insister sur les résultats - soit les avantages dévolus aux Canadiens et aux Canadiennes et à la société canadienne - et il doit refléter ce que l'organisation a pu contribuer à ces résultats. Il doit mettre le rendement du ministère en contexte, faire le lien entre le rendement et les engagements antérieurs, expliquer les changements ainsi que décrire les risques et les défis auxquels le ministère a été exposé en répondant aux attentes sur le rendement. Le rapport doit aussi souligner les réalisations obtenues en partenariat avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales. Et comme il est nécessaire de dépenser judicieusement, il doit exposer les liens qui existent entre les ressources et les résultats. Enfin, un tel rapport ne peut être crédible que si le rendement décrit est corroboré par la méthodologie utilisée et par des données pertinentes.

Le présent rapport ministériel sur le rendement (ainsi que ceux de nombreux autres ministères et organismes) peut être consulté sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada à l'adresse suivante : http://www.tbs-sct.gc.ca/est-pre/estime.asp . Les lecteurs qui désireraient un aperçu global des efforts déployés par le gouvernement du Canada afin d'améliorer la qualité de vie peuvent lire *Le rendement du Canada 2005*, qu'on peut également consulter à l'adresse Internet précitée. Ce rapport est structuré autour de trois grands thèmes (économie durable, fondements sociaux du Canada et la place du Canada dans le monde) et sa version électronique renferme des liens avec les rapports ministériels sur le rendement pertinents. *Le rendement du Canada 2005* renferme également un aperçu spécial des efforts déployés par le gouvernement afin d'améliorer le bien-être des Autochtones.

Le gouvernement du Canada s'est engagé à améliorer sans cesse les rapports qu'il présente au Parlement et aux Canadiens et aux Canadiennes. Par leurs observations et leurs suggestions, les lecteurs peuvent contribuer grandement à améliorer, au fil du temps, la qualité des rapports ministériels sur le rendement et autres rapports.

Les observations ou les questions peuvent être adressées à :

Direction de la gestion axée sur les résultats
Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada
L'Esplanade Laurier
Ottawa (Ontario) K1A 0R5
OU à : rma-mrr@tbs-sct.gc.ca

Agence de santé publique du Canada

2004-2005
Rapport ministériel sur le rendement

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Table des matières

Section I – Survol 1

Message du Ministre 2

Message de la Ministre d'État 4

Message de l'administrateur en chef de la santé publique. 6

Déclaration de la direction 8

Renseignements sommaires 9

Raison d'être de l'Agence 9

Total des ressources financières. 12

Total des ressources humaines 12

Rendement global de l'Agence 12

Résumé du rendement de l'Agence 12

Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement 13

Rendement global de l'Agence 15

Priorité no 1 : Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène 17

Priorité no 2 : Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique 18

S'organiser pour obtenir des résultats 19

Mesures et interventions d'urgence. 20

Ressources financières totales – Mesures et interventions d'urgence 22

Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques. 23

Ressources financières totales – Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques 23

Prévention et contrôle des maladies infectieuses. 30

Ressources financières totales – Prévention et contrôle des maladies infectieuses. 30

Outils et pratiques en santé publique 34

Ressources financières totales – Outils et pratiques en santé publique 34

Autres programmes et services 35

Ressources financières totales – Autres programmes et services . . 35

Resumé « S'organiser pour obtenir des résultats » 35

Ressources financières totales – Agence de santé publique du Canada 36

Section II – Analyse du rendement par résultat stratégique 37

Résumé du rendement – Priorité nº 1 : Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène . . . 41

Résumé du rendement) Priorité nº 2 : Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique 58

Section III – Renseignements supplémentaires 73

Renseignements organisationnels 74

Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des équivalents temps plein 77

Tableau 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités . . . 78

Tableau 3 : Postes votés et législatifs 79

Tableau 4 : Coût net pour le ministère 80

Tableau 5 : Passif éventuel 80

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) 81

Tableau 7 : Subventions conditionnelles (fondations) 95

Tableau 8 : Réponses aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations pour l'exercice 2004-2005 98

Tableau 9 : Stratégies de développement durable (SDD) 99

Tableau 10 : Approvisionnement et marchés 104

Tableau 11 : Initiative d'amélioration des services (IAS) 104

Tableau 12 : Initiative horizontale 108

Tableau 13 : Politiques sur les voyages 108

Section I – Survol

Message du Ministre

Je suis heureux de présenter au Parlement le Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 de l'Agence de santé publique du Canada. Ce premier rapport sur le rendement de l'Agence montre notamment que les réalisations de cette dernière ont été nombreuses depuis sa création le 24 septembre 2004.

La création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination du premier administrateur en chef de la santé publique du pays, en septembre dernier, représentent un précieux renfort pour le portefeuille fédéral de la santé. L'Agence, en collaboration avec Santé Canada et les autres composantes du portefeuille de la santé, contribue de façon vitale à relever les défis auxquels le pays est confronté en matière de santé publique. La création de l'Agence nous permet de continuer de bâtir le meilleur système de santé au monde et de progresser vers notre objectif ultime : faire en sorte que les Canadiens jouissent du meilleur état de santé au monde.

Dans le budget de 2004, le gouvernement a annoncé un investissement additionnel de 100 millions de dollars afin d'appuyer l'élaboration d'un système pancanadien de surveillance des maladies qui porterait une attention particulière aux maladies infectieuses.

L'Agence a appuyé la réalisation d'activités de protection civile et d'intervention d'urgence liées à la santé pour l'ensemble du portefeuille de la santé du gouvernement fédéral et a lancé le système national de gestion des urgences en collaboration avec Sécurité publique et Protection civile Canada et les provinces et territoires.

Il s'agit là d'éléments essentiels à l'accomplissement de la mission de l'Agence, qui consiste à promouvoir et à protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique, ainsi qu'à la concrétisation de sa vision, soit de créer des collectivités en santé dans un monde plus sain.

L'Agence s'est également employée à renforcer les partenariats avec les provinces et les territoires en mettant sur pied le Réseau pancanadien de santé publique et a accru, sur la scène internationale, la collaboration du Canada avec d'autres pays et au sein de l'Organisation mondiale de la santé.

Comme les maladies ignorent les frontières, l'Agence a collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé pour venir en aide aux victimes du tsunami qui a frappé l'Asie du Sud-Est et aux victimes de l'épidémie de fièvre hémorragique de Marburg en Angola, ainsi que pour contrer la grippe aviaire en Asie du Sud-Est. L'Agence a participé activement à la mise sur pied, à l'échelle internationale, de réseaux de laboratoires et de réseaux sur les maladies chroniques et a mis au point des vaccins candidats contre les virus Ebola et Marburg, agents causant des maladies souvent mortelles.

Le Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 montre que l'Agence de santé publique du Canada assume pleinement la responsabilité qui lui incombe d'exercer un leadership fédéral dans le domaine de la santé publique, de former des alliances avec des partenaires nationaux et internationaux afin d'améliorer la santé de la population et de se préparer à faire face aux situations nouvelles qui pourraient menacer la santé des Canadiens. Ce rapport montre que la nouvelle Agence a pris un bon départ et qu'elle continuera de contribuer de façon importante à l'amélioration d'un système de santé qui fait déjà l'envie du monde.

Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Message de la Ministre d'État

La création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination du premier administrateur en chef de la santé publique du Canada, en septembre dernier, témoignent du désir du gouvernement fédéral de mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la planification et les interventions d'urgence dans le but d'améliorer l'état de santé des Canadiens.

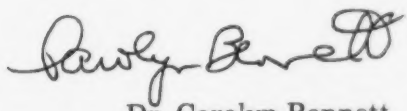
La vision de l'Agence, « des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain », reflète la ferme volonté du gouvernement d'élargir l'approche classique en matière de soins de santé de façon à y intégrer un modèle axé sur les causes qui examine les déterminants d'un bon état de santé et agit pour prévenir les maladies.

Je suis fière d'avoir participé, en tant que coresponsable, aux activités de consultation publique fédérale-provinciale visant à doter le Canada d'objectifs nationaux en matière de santé publique. Cet exercice, amorcé en 2004-2005, débouchera sur l'établissement des premiers objectifs nationaux en santé auxquels auront souscrit les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces objectifs serviront de base à l'établissement de cibles en vue d'améliorer la santé des Canadiens.

Tout comme le processus d'établissement des objectifs nationaux, la création du Réseau de santé publique pancanadien poursuit résolument nos efforts dans la voie de la collaboration. Cet organisme consultatif permet un échange de connaissances et une collaboration entre partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux dans le but de faire progresser le domaine de la santé publique partout au pays.

Fidèle à son mandat, l'Agence continue d'appuyer la réalisation de travaux de recherche novateurs à l'interne et à l'externe et l'application de la recherche à la pratique de la santé publique et à l'élaboration des programmes. À preuve, l'Agence a appuyé la création de six centres nationaux de collaboration, axés sur les maladies infectieuses, les déterminants de la santé, l'élaboration de politiques publiques et l'évaluation des risques, l'hygiène du milieu, la santé autochtone, et les infrastructures, l'infostructure et la mise au point de nouveaux outils.

Le Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 montre que l'Agence de santé publique du Canada s'attaque à l'ensemble des problèmes de santé publique auxquels les Canadiens peuvent être confrontés. Elle protège la population canadienne contre les maladies infectieuses, notamment contre une éventuelle pandémie, et appuie les travaux de recherche qui visent à accroître les connaissances en santé publique. Elle encourage la population à adopter un mode de vie sain, afin de lui permettre de jouir d'une meilleure santé et de réduire la fréquence et la gravité des maladies chroniques. Enfin, elle exerce un leadership qui contribuera à améliorer de façon durable la santé et la qualité de vie des Canadiens au cours des années à venir.



Dr. Carolyn Bennett
Ministre d'État à la Santé publique

Message de l'administrateur en chef de la santé publique

En tant que premier administrateur en chef de la santé publique du Canada, je suis fier d'avoir participé à la création de l'Agence de santé publique du Canada, en 2004, et de présenter au Parlement ce compte rendu des travaux réalisés par l'Agence au cours des douze derniers mois, d'abord en tant que direction générale de Santé Canada, puis, au cours des six derniers mois, à titre d'Agence de santé publique du Canada.

L'Agence a été créée pour servir de pôle national et diriger les efforts visant à mettre de l'avant et à faire progresser le domaine de la santé publique, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, en ayant recours à un mode de collaboration qui soit le plus global possible. Cependant, au moment de la création de l'Agence, la transition d'une direction générale à un nouveau type d'organisme ministériel reposant sur deux « piliers » au Canada et jouant un rôle international a posé un certain nombre de difficultés. Malgré cette période d'ajustement toujours en cours, l'Agence a continué de remplir son mandat et a pris, au cours des six derniers mois, d'importantes mesures visant à améliorer la santé des Canadiens.

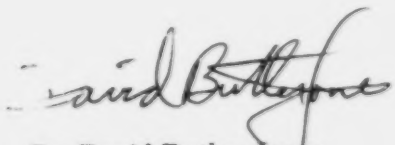
L'Agence a atteint un certain nombre d'objectifs au cours de sa première année d'existence. Elle a lancé la seconde phase du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP-II), système d'alerte rapide en santé publique, elle a élaboré la nouvelle Loi sur la mise en quarantaine, et elle a mis sur pied les Centres des opérations d'urgence de ses deux piliers, Ottawa et Winnipeg. En 2004-2005, l'Agence a également collaboré avec les provinces et les territoires dans le but de mettre à jour le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Le gouvernement du Canada a apporté une contribution de 24 millions de dollars (9,6 millions de doses) à la création d'une réserve nationale de 16 millions doses d'antiviraux destinés à prévenir et à traiter les cas de grippe, pour accroître le degré de préparation du pays à l'égard d'une éventuelle pandémie.

Au cours de sa première année d'existence, l'Agence a dû faire face à bien des imprévus. L'automne dernier, elle a su accroître les réserves de vaccins antigrippaux afin de répondre aux préoccupations du public concernant un risque de pénurie; elle a également collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé et avec ses homologues aux États-Unis pour déterminer la provenance du virus grippal H2N2 qui avait été accidentellement mis en circulation.

L'Agence a accueilli favorablement le lancement de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, qui vise à lutter contre les principales maladies chroniques, comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires, causes d'invalidité et de décès précoce chez de nombreux Canadiens. L'Agence chapeautera la mise en place de cette stratégie qui fera le lien entre les approches utilisées en santé publique et les activités de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies.

En prenant de telles mesures, l'Agence s'est montrée à la hauteur de son mandat. Elle a su prévoir les menaces à la santé publique et s'est préparée en conséquence, elle a effectué une surveillance des maladies et des risques pour la santé évitables et en a rendu compte, et elle a utilisé les meilleurs outils qui existent pour donner aux Canadiens de l'information et des conseils susceptibles d'améliorer leur santé.

Ce premier Rapport ministériel sur le rendement fait la preuve que l'Agence, forte de son effectif dévoué d'un océan à l'autre, surmonte les difficultés auxquelles elle est confrontée et s'acquitte bien des lourdes responsabilités qui lui ont été confiées par le gouvernement du Canada. L'Agence poursuit sur sa lancée et maintient le cap sur sa vision : des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.



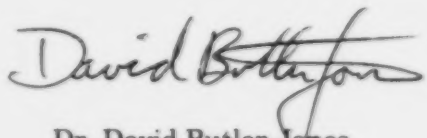
Dr. David Butler-Jones
Administrateur en chef de la santé publique

Déclaration de la direction

Je soumets, en vue de son dépôt au Parlement, le Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 de l'Agence de santé publique du Canada.

Le document a été préparé en fonction des principes de reddition de comptes contenus dans le Guide de préparation des rapports ministériels sur le rendement 2004-2005 du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada :

- Il est conforme aux exigences particulières de reddition de comptes décrites dans le guide;
- Il est fondé sur une structure de secteurs d'activités approuvée;
- Il présente des renseignements uniformes, complets, équilibrés et précis;
- Il offre un modèle de responsabilisation pour les résultats atteints avec les ressources et les autorités allouées;
- Il fait état des sommes qui ont été allouées et approuvées dans le Budget des dépenses et les Comptes publics du Canada.



Dr. David Butler-Jones
Administrateur en chef de la santé publique

Renseignements sommaires

Raison d'être de l'Agence

Les Canadiens sont parmi ceux qui jouissent de la meilleure santé au monde. Ils doivent en partie leur grande qualité de vie à deux facteurs, soit l'accès à un système de santé fort et viable, financé à même les deniers publics, et l'existence d'un solide système de santé publique.

Le domaine de la santé publique fait intervenir un grand nombre de participants et de partenaires, lesquels entreprennent des initiatives globales et intégrées visant à promouvoir la santé, à prévenir les maladies infectieuses ainsi que les maladies chroniques et à lutter contre celles-ci, à protéger la population des conséquences d'éventuelles urgences sanitaires et à réaliser des activités de surveillance et des travaux de recherche en santé publique. Au Canada, la santé publique est une responsabilité que se partagent les trois paliers de gouvernement, le secteur privé, le secteur des organismes sans but lucratif et les professionnels de la santé, tels les médecins de famille.

La mondialisation de l'économie, la concentration des populations dans les grands centres urbains, le transport accéléré des gens et des marchandises dans le monde, la rapidité des progrès dans le domaine des sciences et de la technologie et la nature changeante de l'environnement comptent parmi les nombreux facteurs qui exercent une forte pression sur le système de santé publique du Canada et posent des défis dans ce domaine. Le Canada doit être prêt à affronter les situations qui pourraient menacer la santé des Canadiens.

Comme la santé publique est axée sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé qui sont répandus ou qui peuvent le devenir, les activités des intervenants en santé publique ne sont, bien souvent, pas aussi visibles que celles entreprises dans le système de santé classique. Cependant, des crises comme celle du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), survenue en 2003, réussissent à attirer l'attention de la population sur les activités des professionnels de la santé publique du Canada.

L'apparition du SRAS et la publication des rapports subséquents d'experts en santé publique ont fait ressortir la nécessité, pour le Canada, de se doter d'une organisation nationale qui jouerait un rôle central en santé publique. En outre, l'existence d'une telle organisation aux États-Unis depuis 1946 (les Centers for Disease Control and Prevention) et le besoin de coordonner nos efforts avec ceux de notre voisin du sud ont été autant de facteurs qui ont favorisé la mise sur pied d'un organisme central canadien. Réagissant à ces pressions, le Cabinet a créé, le 24 septembre 2004, l'Agence de santé publique du Canada (l'Agence) et le poste

d'administrateur en chef de la santé publique, auquel il a nommé le Dr David Butler-Jones. La création de l'Agence marque le début d'une nouvelle forme de leadership de la part du gouvernement fédéral et de collaboration avec les provinces et territoires dans le but de renouveler le système de santé publique du Canada et de favoriser le maintien d'un système de santé viable.

Au moment de sa création, l'Agence a hérité du champ d'activités et des engagements de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. L'exercice 2004-2005 a donc été marqué par une transition entre le statut de « direction générale » et celui d'« agence ». Le présent Rapport ministériel sur le rendement fait état des résultats de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique jusqu'au 24 septembre 2004 et, après cette date, de ceux de l'Agence de santé publique du Canada.

L'une des réalisations de l'Agence est la mission qu'elle s'est donnée de « promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique ». Pour aider les Canadiens à concrétiser sa vision, soit « des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sainT », l'Agence collabore avec ses partenaires, oriente les interventions fédérales et mobilise les efforts à la grandeur du pays pour prévenir les maladies et les blessures, ainsi que protéger et promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde. À cette fin, elle :

- prévoit les menaces pour la santé publique, s'y prépare, intervient et rétablit une situation normale;
- surveille, observe et étudie les maladies, les blessures et les risques sanitaires évitables pour la santé et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et à l'étranger, et réalise des enquêtes et produit des rapports sur ces questions;
- utilise les meilleures données et ressources existantes pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- guide, conseille et informe la population et les intervenants canadiens en matière de santé publique;
- crée et maintient un réseau de santé publique avec des partenaires.

En plus de se fixer des objectifs et des orientations à long terme, l'Agence a mis sur pied plusieurs nouvelles initiatives en 2004-2005. Ces activités sont menées dans la foulée d'engagements pris à la Réunion des premiers ministres de septembre 2004 et font suite à certaines recommandations présentées dans des rapports d'experts sur le système de santé publique. Voici quelques exemples :

- La ministre d'État a incité les particuliers, les experts en santé publique, les organisations de bénévoles et les représentants élus à participer à un processus de consultation visant à doter le Canada d'objectifs nationaux en matière de santé d'ici l'automne 2005. La seconde phase du processus, laquelle doit commencer à l'automne 2005, consistera à fixer des résultats visés et à établir des indicateurs permettant de connaître la mesure dans laquelle ces résultats sont atteints. On trouvera de plus amples renseignements sur le site Web Canadiens en santé, à l'adresse suivante : http://canadiensensante.ca/home-f.html.

- Stratégie et réseau pancanadiens de santé publique : En vue d'atteindre les futurs objectifs de santé publique, l'Agence a joué un rôle de chef de file dans la mise en place des premiers éléments d'une stratégie pancanadienne de santé publique et d'un réseau pancanadien de santé publique qui amélioreront la collaboration et la communication d'information entre les gouvernements relativement aux questions de santé publique.

- L'Agence a appuyé la mise sur pied des Centres nationaux de collaboration en santé publique qui doivent servir de points de convergence pour l'étude des domaines prioritaires en santé publique et contribuer à l'amélioration de la capacité d'intervention pancanadienne dans ce domaine. Ces centres favoriseront la collaboration et l'application des connaissances dans l'élaboration de stratégies concrètes de santé publique. Les activités des six centres seront axées sur : les déterminants de la santé; l'élaboration de politiques gouvernementales et l'évaluation des risques; les infrastructures, l'infostructure (les systèmes faisant appel aux technologies de l'information et des communications) et la mise au point de nouveaux outils; les maladies infectieuses; l'hygiène du milieu; et la santé autochtone. On trouvera de plus amples renseignements à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/ 2004_01bk2_f.html.

- Dans le budget de février 2005, le gouvernement a annoncé qu'il investirait 300 millions de dollars sur cinq ans dans la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. La Stratégie en matière de modes de vie sains, une initiative fédérale-provinciale-territoriale constituant l'un des principaux éléments de la Stratégie intégrée, reflète l'approche intégrée de l'Agence à l'égard de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. La Stratégie intégrée compte trois volets : promouvoir la santé en s'attaquant aux facteurs qui font en sorte que les gens s'alimentent mal, négligent l'activité physique et présentent une surcharge pondérale; prévenir les maladies chroniques en ciblant les facteurs de risque; et créer des moyens de dépister et de prendre en charge de façon précoce les maladies chroniques comme le diabète, le cancer et les maladies cardio-vasculaires. On trouvera de plus amples renseignements aux adresses http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/index_f.html et http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/topics/integrated_f.html.

Total des ressources financières

Dépenses prévues	Total des autorisations (millions de dollars)	Dépenses réelles (millions de dollars)
Le secteur d'activité de l'Agence englobait la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique ainsi que d'autres directions générales de Santé Canada.	605,2	586,7

Total des ressources humaines (équivalents temps plein)

Prévues	Réelles	Différence
1 671	1 666	5

Rendement global de l'Agence

Résumé du rendement de l'Agence

Environnement opérationnel et contexte

La santé publique est un champ d'activités qui vise à garder la population canadienne en bonne santé et en sécurité. Élément essentiel du système de santé du Canada, elle a pour objectif de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé grâce aux efforts organisés de la société. Le gouvernement du Canada a la responsabilité d'aider les Canadiens à rester en bonne santé et à améliorer leur état de santé; pour ce faire, il doit les encourager à adopter un mode de vie sain, réduire les écarts sur le plan de la santé, prévenir les maladies infectieuses, les maladies chroniques et les blessures et lutter contre celles-ci, et être prêt à intervenir si une situation venait à menacer la santé de la population.

On peut résumer le rôle de l'Agence de santé publique du Canada comme suit :

- l'Agence jouera un rôle de premier plan dans la prévention des maladies et des blessures et dans la promotion de la santé;
- elle servira de point de convergence et permettra au gouvernement fédéral d'exercer son leadership et de rendre compte de la façon dont il gère les urgences sanitaires;

Résumé du rendement ministériel pour chaque résultat stratégique, priorité et engagement

Résultats stratégiques	2004-2005 Priorités/ Engagements	Type	Dépenses prévues (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)	Résultats prévus et situation actuelle
Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies	1. Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène	Nouveau	428,4	419,7	L'Agence collaborerait avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et ses autres partenaires pour mettre en contact les autorités en matière de santé publique et créer un système de santé publique complet et homogène. **Résultat atteint.**
	2. Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique	Nouveau	176,8	167,0	L'Agence serait fonctionnelle et en mesure de remplir son mandat et de tenir ses engagements concernant l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes nationaux qui favorisent et protègent la santé des Canadiens. **Résultat atteint.**

- elle sera une plaque tournante favorisant à la fois la diffusion du savoir-faire du Canada dans le reste du monde et l'application aux programmes de santé publique du Canada des résultats des travaux internationaux de recherche et de développement;
- elle renforcera la collaboration intergouvernementale dans le domaine de la santé publique et facilitera l'adoption d'approches nationales en matière de planification et d'élaboration de politiques de santé publique.

La plupart des activités de l'Agence – et en fait, de façon générale, la plupart des activités en santé publique – exigent une certaine collaboration et l'établissement de partenariats avec les provinces et territoires, les ministères fédéraux, les organismes de santé, les associations professionnelles, les universités, le secteur privé, le secteur des organismes sans but lucratif et/ou d'autres parties intéressées. Il devient donc difficile d'effectuer des évaluations de rendement, car les tendances et les résultats indiquant une amélioration de la santé découlent d'efforts collectifs.

Dans le discours du budget de 2004, qu'il a prononcé le 23 mars 2004, l'honorable Ralph Goodale a bien illustré le contexte qui a mené à la création de la nouvelle Agence :

> « [...] des phénomènes comme l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère et la propagation de la grippe aviaire nous ont tous rappelé que nous vivons maintenant dans un monde plus vulnérable que par le passé, un monde où la maladie peut se répandre à la grandeur de la planète en quelques heures à peine. Nous sommes donc confrontés à de nouveaux défis qui pèsent sur nos systèmes publics de soins de santé et exigent de nouvelles approches et de nouvelles mesures. Dans ce budget, nous commençons à engager les ressources nécessaires pour mettre sur pied une nouvelle agence de la santé publique du Canada, afin d'être en mesure de déceler plus tôt les épidémies et de déployer plus rapidement les ressources d'urgence pour les circonscrire.
>
> « [...] Lorsque l'agence et l'agent de la santé publique en chef auront élaboré un plan stratégique à long terme, nous serons en mesure d'effectuer d'autres investissements pour faire en sorte que les Canadiens puissent compter sur l'agence nationale de santé publique qu'ils méritent. »

Au cours de l'exercice 2004-2005, l'Agence de santé publique du Canada a subi une transformation. C'est le 24 septembre 2004 qu'elle a été créée, ses éléments principaux provenant de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada.

Dans le présent rapport, les tableaux financiers et le rendement de l'Agence sont présentés selon le cadre fourni dans le volet « Résultats stratégiques et secteurs d'activité ». Ce rapport est fondé sur l'architecture d'activités de programme (AAP) de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique. L'AAP utilisé par l'Agence sera raffiné à l'avenir afin de constituer un cadre plus solide de mesure du rendement.

Rendement global de l'Agence

Le rendement du Canada

Le résultat stratégique « Une population en meilleure santé grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies » de l'Agence de santé publique du Canada est en harmonie avec plusieurs thèmes énoncés dans Le rendement du Canada 2005 :

- Le fait que les activités de l'Agence soient axées sur la promotion de la santé et l'atténuation des répercussions des maladies infectieuses, des maladies chroniques, des blessures et des urgences sanitaires contribue à l'atteinte du résultat stratégique « Des Canadiens en santé », ce qui concorde avec le résultat stratégique « Des Canadiens en santé ayant accès à des soins de santé de qualité » du gouvernement du Canada sous le thème « Assises sociales du Canada ».
- Les activités de l'Agence visant à favoriser l'adoption d'un mode de vie sain, à réduire au minimum l'ampleur et les répercussions des maladies infectieuses et des maladies chroniques et à renforcer le système de santé publique du Canada contribuent à donner aux Canadiens une grande qualité de vie. Ces activités, de même que la collaboration de l'Agence avec des responsables de la santé publique et des organisations de santé publique étrangers et internationaux, plus particulièrement le soutien apporté par l'Agence aux pays qui mènent des activités qui rejoignent les principaux domaines de ses programmes, favorisent l'atteinte du résultat stratégique « Pour un meilleur développement à l'échelle mondiale et une plus grande qualité de vie » sous le thème « La place du Canada dans le monde ». Sous le même thème, les activités de l'Agence, dont celles qui sont liées à l'Initiative sur la frontière intelligente et à la politique canadienne de sécurité nationale, concordent également avec les résultats stratégiques « Une association forte et mutuellement profitable en Amérique du Nord » et « Un monde en sécurité », principalement en ce qui concerne les mesures et les interventions d'urgence.

Au cours de sa première année d'existence, l'Agence a réalisé ses deux principales priorités – soit de contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène et d'améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique – telles qu'elles figuraient dans le Rapport sur les plans et les priorités 2004-2005 de Santé Canada. En plus d'élaborer des objectifs en matière de santé publique, l'Agence a mis sur pied la Stratégie pancanadienne de santé publique et le

Rôle de l'Agence de santé publique du Canada dans la santé des Autochtones

Dans la série de tables rondes sur la création de l'Agence de santé publique du Canada qu'elle a tenues d'un océan à l'autre, la ministre d'État à la Santé publique a souligné que l'Agence jouerait un rôle dans le domaine de la santé publique chez les Autochtones. Toutes les activités de l'Agence concernant les questions autochtones font l'objet de consultations avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, avec laquelle l'Agence entretient un partenariat. La DGSPNI est responsable des activités destinées aux Autochtones habitant dans les réserves et aux Inuits, tandis que l'Agence offre des programmes qui ciblent les Autochtones vivant hors réserves et en milieu urbain. Le *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques* a été conçu spécialement pour les Autochtones. D'autres programmes, comme le *Programme d'action communautaire pour les enfants* et le *Programme canadien de nutrition prénatale*, comptent un grand nombre de participants autochtones. Des discussions soutenues avec des organisations autochtones nationales ont eu lieu dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Le nouveau *Centre national de collaboration de la santé autochtone* présentera les pratiques exemplaires et favorisera l'application des nouvelles connaissances à la pratique de la santé publique et aux politiques dans ce domaine relativement à la santé des Autochtones.

- Qu'il s'agisse de son volet « collectivités urbaines » ou de son volet « collectivités nordiques » (hors réserve), le **Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)** est une stratégie d'intervention précoce auprès des enfants et de leur famille chez les Premières nations, les Inuits et les Métis qui vivent dans des centres urbains ou de grandes collectivités nordiques.
- Dans le cadre des **initiatives visant à prévenir les cas d'infection à VIH et les cas de sida dans les populations autochtones**, en 2004-2005, on a notamment contribué au financement du Battlefords Family Health Centre à North Battleford (Saskatchewan), dont la mission est de faire progresser les connaissances sur le VIH/sida, l'hépatite C et d'autres infections transmissibles sexuellement chez les jeunes autochtones à risque. De plus, 25 autres projets ont été financés à même le Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors-réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis (consulter le site http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/vih_sida/initiative_federale/communautaire/fund_04_06.html).
- Le **Centre national de collaboration de la santé autochtone**, organisation autonome, élaborera en consultation avec la communauté autochtone, les chercheurs, les praticiens et les paliers de gouvernement autres que fédéral, des priorités en matière de recherche appliquée et d'application des connaissances. Ces priorités tiendront compte de l'état de santé des Autochtones vivant dans des régions urbaines et de celui des Autochtones vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Cette initiative fait l'objet d'une subvention à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, à Prince George.

Réseau pancanadien de santé publique et a accru sa capacité en ce qui a trait à l'échange d'information, la surveillance des maladies et les interventions d'urgence. Une équipe de travail composée de représentants de l'Agence, des provinces et des territoires a mené les travaux d'élaboration de la Stratégie pancanadienne en matière de modes de vie sains. Lors de ces travaux, des groupes de travail intersectoriels ont servi d'intermédiaires par lesquels les autres ministères fédéraux, les autres gouvernements et d'autres intervenants (notamment des organisations non gouvernementales et quelques organisations du secteur privé) ont pu apporter leurs observations, en plus d'aider l'Agence à élaborer le cadre stratégique préalable à l'annonce, dans le cadre du budget de 2005, de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Ces initiatives permettront à l'Agence de développer des liens solides avec les gouvernements des provinces et des territoires, avec des ministères fédéraux et avec d'autres intervenants; elles ont accru la capacité du gouvernement fédéral et du pays en matière de santé publique et elles ont permis à l'Agence de faire preuve de leadership afin de relever les défis en matière de santé publique.

Priorité no 1 : Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène

L'Agence a travaillé avec les provinces et les territoires à la mise en place des premiers éléments de la Stratégie pancanadienne de santé publique, en vue d'atteindre les nouveaux objectifs en matière de santé publique qui seront fixés dans le cadre d'un exercice de consultation publique fédéral-provincial-territorial (FPT) présentement en cours. L'Agence a assumé un rôle de direction dans la mise sur pied du nouveau Réseau pancanadien de santé publique, qui améliorera considérablement l'échange d'information et la collaboration entre partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux.

De nouveaux programmes de financement ont été mis sur pied pour lutter contre les maladies infectieuses et les maladies chroniques et pour améliorer l'état de préparation du pays aux situations d'urgence. Des mesures concrètes ont été prises pour augmenter la diffusion d'information et la capacité des laboratoires en ce qui concerne les maladies infectieuses, pour accroître l'accès aux technologies de pointe et encourager la collaboration dans le domaine de la recherche. D'importants progrès ont été réalisés dans l'intégration des réseaux de surveillance, dont le contenu et la couverture géographique ont été élargis. En collaboration avec les provinces et les territoires, les universités, les organismes de santé et les associations professionnelles, l'Agence a entrepris d'examiner les questions liées à la planification des ressources humaines en santé publique et a accru ses programmes de formation en épidémiologie.

L'Agence, qui dirige les efforts du gouvernement fédéral dans le domaine du VIH/sida, a travaillé avec ses partenaires fédéraux à la mise en place de la nouvelle Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.

Outre les travaux de l'Agence concernant les maladies infectieuses en 2004-2005, une importante initiative visant à favoriser l'adoption de modes de vie sains et à prévenir les maladies chroniques a été annoncée dans le budget de 2005. La Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques sert de cadre aux activités de promotion de la santé et met l'accent, initialement, sur une alimentation saine, une vie active et un poids santé, et sur des efforts complémentaires ciblés en matière de prévention et de contrôle des principales maladies chroniques, comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. La mise en œuvre de la Stratégie intégrée prendra appui sur les leçons tirées de la Stratégie canadienne sur le diabète (volets ne concernant pas les Autochtones); cette dernière a été, dans le budget 2005, renouvelée, améliorée et incorporée dans la Stratégie intégrée.

Parallèlement aux efforts qu'elle a déployés pour combler les lacunes des programmes sur les maladies infectieuses et les maladies chroniques, l'Agence a également accru l'état de préparation du pays aux situations d'urgence et sa capacité d'intervention. En 2004-2005, l'Agence :

- a lancé la deuxième version du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP-II), qui assure un suivi et une surveillance continue, 24 heures sur 24, des menaces éventuelles pour la santé à l'échelle mondiale;
- a jeté les bases, par l'entremise de ses bureaux régionaux, de plans et de politiques d'urgence régionaux, selon une démarche « tous risques », en collaborant avec les provinces et les territoires;
- a remis des fournitures, du matériel et des médicaments d'urgence aux survivants du tsunami de décembre 2004, contribuant ainsi de façon importante à l'aide apportée par le Canada.

Priorité no 2 : Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique

On peut considérer la création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination du premier administrateur en chef de la santé publique du Canada comme les principales réalisations de 2004-2005 sur le plan de la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique. Cependant, l'Agence a également entrepris rapidement d'accroître la capacité du gouvernement, particulièrement en ce qui concerne la production de données et la diffusion d'information, la promotion d'un mode de vie sain et la prévention des maladies chroniques, et les interventions d'urgence.

La mise sur pied de systèmes au palier fédéral pour appuyer les réseaux pancanadiens de collecte et d'utilisation de renseignements sur les maladies infectieuses représentait une priorité clé de l'Agence pour 2004-2005. L'établissement du Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP), un projet triennal financé par l'Initiative de recherche et de technologie CBRN (chimique, biologique, radiologique et nucléaire) [IRTC] par l'entremise de Recherche et développement pour la défense Canada, a pour objectif de renforcer le système de santé publique en le dotant d'une fondation robuste de technologies de l'information. Le RCISP, qui en était à sa deuxième année de développement, a commencé à appuyer le Réseau de laboratoires de santé publique du Canada en 2004-2005. L'existence d'une base technologique adéquate permet des communications efficaces entre chercheurs spécialistes des domaines des maladies infectieuses, du bioterrorisme et des interventions d'urgence. De plus, l'un des éléments du RCISP, le Centre canadien intégré de surveillance des éclosions (CCISE), est maintenant utilisé par 99 % des autorités sanitaires du pays, jouant ainsi un rôle important dans l'échange d'information. Grâce à la combinaison du Système d'information en matière de santé publique (SIMSP) et du CCISE, le gouvernement fédéral a amélioré sa capacité de recherche diagnostique, de surveillance et d'échange d'information sur les maladies contagieuses , de façon à pouvoir détecter rapidement les éclosions d'agents pathogènes émergents et réémergents.

L'un des principaux objectifs qui ont été à l'origine de la création de l'Agence était de permettre au gouvernement fédéral d'intervenir efficacement en cas d'urgence sanitaire. À ce chapitre, on compte, parmi les principales réalisations de 2004-2005 :

- la remise sur pied de services de quarantaine « de première ligne » dans les huit principaux aéroports internationaux du Canada;
- un examen stratégique de la Réserve nationale de secours, de façon que le pays soit prêt à réagir à n'importe quel type d'urgence.

S'organiser pour obtenir des résultats

En 2004-2005, on pouvait classer les programmes de l'Agence de santé publique du Canada selon quatre grandes catégories :

- Mesures et interventions d'urgence;
- Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques;
- Prévention et contrôle des maladies infectieuses;
- Outils et pratiques en santé publique.

Les programmes de l'Agence sont appuyés par des programmes de subventions et contributions communautaires, dont les principaux sont le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale, le

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire sur le sida, le Programme sur la santé de la population, le programme d'aide aux personnes atteintes d'hépatite C et la Stratégie canadienne sur le diabète.

Bien que l'Agence réalise ses activités d'élaboration de politiques, de recherche et de gestion de l'information principalement à ses bureaux centraux à Winnipeg et dans la région de la capitale nationale, bon nombre de ses programmes sont gérés à la fois à partir des bureaux centraux et à partir des bureaux régionaux. Pour aider l'Agence à remplir son mandat, le personnel des régions a collaboré avec les provinces, les municipalités, le secteur privé ainsi que les organismes sans but lucratif et a financé des organismes communautaires.

On trouvera dans les sections suivantes un portrait détaillé (présentant notamment les dépenses actuelles et prévues) des principaux programmes et services des quatre grandes catégories mentionnées précédemment.

Mesures et interventions d'urgence

La santé du public peut être menacée lorsque survient une situation de crise, comme une catastrophe naturelle, un important déversement de polluant ou une éclosion de maladie infectieuse. En 2004-2005, l'Agence a contribué à préparer le pays à réagir adéquatement à de telles situations. En décembre 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a procédé à une évaluation des programmes nationaux canadiens d'intervention d'urgence. Elle en a conclu que le système canadien d'intervention lors d'urgences ayant des incidences sur la santé publique est complexe, bien intégré et capable de réagir à de tels incidents.

Comme les interventions d'urgence doivent se faire de façon concertée, l'Agence travaille en étroite collaboration avec des partenaires gouvernementaux, comme les ministères fédéraux et les provinces et territoires, et avec des partenaires non gouvernementaux à l'élaboration de plans d'intervention d'urgence, éléments essentiels d'une bonne préparation. Ainsi, l'Agence a appuyé les activités de formation en planification d'urgence en offrant les services de professionnels

Nouveau Centre des opérations d'urgence – Winnipeg

Un nouveau Centre des opérations d'urgence a vu le jour au printemps 2005, au bureau central de Winnipeg de l'Agence. Les deux centres d'interventions d'urgence de l'Agence (Winnipeg et Ottawa) coordonneront les interventions des laboratoires de l'Agence en cas d'urgence sanitaire. Ils peuvent être reliés, en temps réel, à d'autres centres et organismes, y compris ceux de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation panaméricaine de la santé.

spécialisés dans la formation des adultes et l'élaboration et la présentation de cours. Ces professionnels ont participé à la conception des séances de formation qui doivent permettre au secteur de la santé du Canada d'intervenir efficacement en cas d'urgence.

L'Agence a également communiqué aux Canadiens et aux représentants de l'Organisation mondiale de la santé de l'information exacte et à jour sur la situation nationale et mondiale en matière de santé publique. Elle a coordonné les activités liées à la sécurité de la santé publique à l'échelle nationale et à l'échelle internationale et a fourni des ressources essentielles en matière de planification d'urgence et de lutte contre les maladies infectieuses aux intervenants de première ligne en santé publique du Canada. Elle a en outre diffusé des renseignements à jour sur les éclosions à l'étranger, des recommandations en matière d'immunisation pour les voyages à l'étranger, des consignes sanitaires générales à l'intention des voyageurs internationaux et des lignes directrices sur le traitement et la prévention de certaines maladies. De plus, l'Agence a apporté son expertise et fourni de l'information à tous les paliers de gouvernement du Canada; elle a aussi collaboré avec des organisations internationales afin d'échanger des renseignements et de dissiper les menaces chimiques, biologiques et radiologiques/nucléaires.

Santé publique et sécurité nationale

Les questions de santé publique étant étroitement liées aux questions de sécurité nationale, la première Politique canadienne de sécurité nationale, publiée en avril 2004, comprenait des mesures visant à combler les plus importantes lacunes de la préparation aux urgences sanitaires et a réaffirmé les mesures prises pour moderniser le système d'intervention en cas d'urgence sanitaire. Sur la scène internationale, les représentants canadiens du domaine de la santé publique ont collaboré étroitement avec leurs homologues des États-Unis sur les aspects touchant la biosécurité de la Déclaration sur la frontière intelligente et du Plan d'action pour une frontière intelligente. L'Agence a également participé au Groupe de travail sur la protection de la santé mondiale, qui vise à accroître la capacité internationale d'intervention sanitaire en cas de terrorisme biologique, chimique ou radiologique/nucléaire à l'échelle mondiale.

Cependant, les situations de crise en santé publique ne se limitent pas aux urgences : les maladies peuvent elles aussi menacer la santé publique. Toute éclosion de maladie infectieuse peut avoir des conséquences socio-économiques importantes pour l'ensemble du pays. L'Agence travaille avec les provinces et les territoires à la mise à jour du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, afin que le Canada soit prêt à intervenir en cas de pandémie de grippe. Le

gouvernement du Canada a notamment investi 24 millions de dollars (9,6 millions de doses) dans la création d'une réserve nationale de 16 millions doses d'antiviraux.

Ressources financières totales – Mesures et interventions d'urgence

Secteur de programme clé	Total des autorisations (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
Capacité de planification d'urgence	19,1	7,2
Capacité d'intervention en cas d'urgence	30,7	32,6
Total	49,8	49,8

L'Agence a inspecté et homologué des installations de confinement biologique à risque élevé (de niveaux 3 et 4) et a délivré des permis autorisant l'importation d'agents pathogènes humains. Elle a apporté son expertise nationale en matière de biosécurité à l'élaboration et à l'application des politiques et des lignes directrices nationales dans ce domaine. L'Agence a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de plans d'intervention nationaux à l'égard des colis suspects et d'autres situations pouvant mettre en jeu des agents pathogènes, comme le bioterrorisme. Elle a également donné accès à ses ressources considérables sur la biosécurité, dont des cours de formation, des vidéos, des références bibliographiques à jour et des fiches signalétiques.

Plans régionaux des mesures d'urgence

En collaboration avec les autres bureaux régionaux de l'Agence et avec le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) d'Ottawa, le Bureau régional de la Colombie-Britannique et du Yukon a poursuivi le développement et l'examen des plans, des capacités et des infrastructures pour les interventions d'urgence. Il souhaitait ainsi harmoniser les différents plans régionaux pour les rendre plus « interopérables » et permettre une utilisation optimale des ressources humaines, relativement rares. Les coordonnateurs régionaux des plans de mesures et d'interventions d'urgence collaborent régulièrement, collectivement, avec le CMIU et d'autres partenaires fédéraux et provinciaux pour examiner une vaste gamme de sujets stratégiques et tactiques liés à la gestion des situations d'urgence.

L'Agence a offert des services sanitaires et sociaux d'urgence lorsque survenaient des situations de crise. Elle s'est occupée notamment d'évaluer et de réapprovisionner les réserves de fournitures d'urgence et de distribuer les fournitures médicales et

pharmaceutiques aux gouvernements provinciaux/territoriaux selon leurs besoins. Des fournitures ont notamment été acheminées dans les cas suivants : en janvier 2005, aux victimes du tsunami qui a frappé l'Asie du Sud-Est; pendant l'épidémie de grippe aviaire qui s'est produite en Colombie-Britannique, fourniture de doses de Tamiflu à l'Agence canadienne d'inspection des aliments, à l'intention des employés fédéraux qui devaient participer au nettoyage des exploitations; en septembre 2004, offre d'aide lors d'un incendie qui s'est déclaré dans une tour d'habitation, à Ottawa; à la demande du ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, envoi de fournitures à Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, à Fort Erie (Ontario), en vue de la préparation de trousses pour le centre d'accueil pour demandeurs d'asile de Fort Erie, en décembre 2004.

L'Agence a coordonné l'organisation d'un forum sur la préparation aux situations d'urgence auquel ont participé des responsables provinciaux et territoriaux des services sanitaires et sociaux d'urgence et des médecins hygiénistes en chef. Les participants ont examiné la portée des plans, de la formation et des ententes liés à la santé dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence à l'échelle fédérale-provinciale-territoriale. L'Agence a également apporté son expertise et offert ses services relativement à la planification des affaires, à l'élaboration de politiques stratégiques, à l'évaluation du rendement et à la prestation de conseils juridiques.

Bien que les interventions en cas d'urgence sanitaire soient un élément capital des services de santé publique, la prévention des problèmes de santé est un aspect tout aussi important.

Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques

Ressources financières totales – Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques

Secteur de programme clé	Total des autorisations (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
Promotion de la santé / Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains	177,3	179,6
Stratégies visant des maladies chroniques particulières	33,1	27,7
Total	210,4	207,3

Afin de contribuer à améliorer la santé de la population canadienne, l'Agence a fait la promotion du développement de la santé humaine, créé des partenariats et lancé des stratégies intégrées de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. En 2004-2005, l'Agence a aidé les Canadiens à améliorer leur santé en

offrant ou en finançant toute une gamme de programmes faisant appel à des stratégies intégrées axées sur l'adoption d'un mode de vie sain et la prévention de certaines maladies chroniques.

Programme canadien de nutrition prénatale – Edmonton

Le programme Health for Two est le fruit de la collaboration extraordinaire de plus de 30 organismes communautaires. Les partenaires communautaires et les centres de santé publique offrent un accès pratique à plus de 50 installations dans la région d'Edmonton et fournissent des services dans des milieux communautaires « sûrs ». Leur clientèle est plus particulièrement composée de femmes exposées à des facteurs de risque sociaux et économiques. Les organismes partenaires intègrent l'information prénatale, le soutien et la distribution de suppléments nutritionnels à leurs programmes courants. Le programme Health for Two rejoint en tout temps plus de 1 000 femmes, et plus de 24 000 femmes par année.

Projet de mentorat – Nunavik

Les directrices des centres de la petite enfance (CPE) de Kuujjuaq (centres Tumiapiit et Iqitauvik) et d'Ouaqtaq financés par le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ont pu tirer profit d'un programme de mentorat. Les centres de ces deux collectivités offrent respectivement 160 et 30 places aux enfants inuits. Dans le cadre de ce projet de formation et de développement professionnel, deux directrices de services de garde de la région de Montréal ont passé un mois dans des collectivités du Nouveau-Québec et ont accompagné leurs homologues dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. Par la suite, les directrices des CPE de Kuujjuaq et d'Ouaqtaq ont visité des services de garde du Sud du Québec pour mieux comprendre les méthodes utilisées dans la région de Montréal. Un autre CPE, à Kuujjuaraapik, connaîtra la même expérience de mentorat à l'automne 2005, ce qui marquera la fin du programme initial. Tant les directrices des CPE du Nunavik que leurs mentors ont déclaré avoir bien apprécié le projet et l'avoir trouvé bénéfique.

En 2004-2005, l'Agence a élaboré des politiques, mené des travaux de recherche et offert des programmes liés à l'enfance et à l'adolescence. Parmi ces programmes figuraient des programmes visant à favoriser le développement de la petite enfance, comme le Programme canadien de nutrition prénatale, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, de même que des programmes de plus petite envergure visant à soutenir individuellement certaines collectivités et certains groupes. L'Agence a également maintenu des partenariats et des réseaux avec un grand nombre

d'organisations canadiennes et étrangères, avec des ministères fédéraux et avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour étudier des questions liées à l'enfance et à l'adolescence.

De même, l'Agence a servi de centre d'expertise en matière de santé des adultes et des aînés et de vieillissement en santé. Ainsi, elle a offert des programmes visant à augmenter le degré d'activité physique chez les adultes et la vie active et le vieillissement en santé chez les aînés. L'Agence a également contribué à la préparation du *Guide canadien de la saine alimentation et de l'activité physique* (une mise à jour du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*).

De concert avec ses partenaires et d'autres intervenants, l'Agence a mis au point des cadres stratégiques et des plans d'action nationaux favorisant la coordination des efforts en promotion de la santé, comme l'amélioration de la santé des citoyens des régions rurales et isolées du Canada et la diffusion d'information au public et aux professionnels de la santé. En 2004-2005, elle a fourni directement de l'information aux professionnels et au public par l'entremise du Réseau canadien de la santé, qu'elle gère. Ce portail Web national, permet à la population d'avoir facilement accès à de l'information fiable, à jour et pertinente, dans les deux langues officielles, sur les moyens de demeurer en bonne santé et de prévenir les maladies.

Outre les travaux qu'elle a menés avec les associations professionnelles, l'Agence a renforcé ses liens avec le secteur bénévole et communautaire au moyen de l'Initiative sur le secteur bénévole et communautaire. Cette initiative vise à accroître la capacité de ce secteur d'exécuter des programmes de santé publique et de contribuer à l'élaboration de politiques de santé publique.

L'utilisation d'approches intégrées est au cœur des activités de promotion de la santé et de prévention et de contrôle des maladies, tant au Canada qu'à l'étranger. Il est établi scientifiquement qu'une alimentation saine et l'activité physique confèrent une protection contre bon nombre de maladies chroniques, dont le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète. En conjuguant les efforts déployés dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, ces approches permettent d'obtenir de meilleurs résultats. Comme les principales maladies chroniques ont plusieurs facteurs de risque en commun, telles une mauvaise alimentation et la sédentarité, les efforts concertés de tous les paliers de gouvernement et de tous les secteurs pour lutter contre un ensemble de facteurs de risque et de maladies peuvent se révéler plus efficace. Cette intégration des efforts n'élimine cependant pas pour autant le recours à des approches plus pointues pour résoudre des problèmes associés à certaines maladies. En fait, les approches intégrées prévoient un juste équilibre entre l'intégration des efforts et les activités visant des maladies particulières.

Dans les rapports sur le système de santé publique canadien qu'ils ont présentés après la crise du SRAS, des experts ont recommandé l'augmentation des investissements et l'adoption d'une stratégie nationale cohérente de prévention des maladies chroniques afin de rendre possible l'accroissement, jugé essentiel, de la capacité du pays en matière de santé publique. Tous les premiers ministres ont appuyé cette approche dans l'accord sur la santé de septembre 2004, affirmant que la stratégie pancanadienne de santé publique « inclura des activités touchant des facteurs de risque communs, comme l'inactivité physique, ainsi que des stratégies intégrées de lutte contre les maladies. »

En 2004-2005, l'Agence a donné suite à ces appels en faveur d'un leadership fédéral dans la conception de mesures de santé publique pour lutter contre les maladies chroniques : elle a élaboré un cadre d'action pour une Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Cette initiative, annoncée dans le budget de 2005, met à profit les investissements initiaux dans l'Agence de santé publique du Canada en 2004-2005. Ce budget prévoit l'investissement de 300 millions de dollars sur cinq ans pour la Stratégie intégrée. On prévoit notamment une série d'activités qui encourageront la population à manger sainement, à faire de l'activité physique et à maintenir un poids santé, facteurs qui contribuent à la prévention et au contrôle des maladies chroniques. Est également prévue la tenue d'une série d'activités complémentaires spécifiques visant le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. La Stratégie intégrée comprend le renouvellement de la Stratégie canadienne sur le diabète (volets ne concernant pas les Autochtones), dont le financement annuel passerait de 15 à 18 millions de dollars.

La Stratégie en matière de modes de vie sains est l'un des éléments clés de la Stratégie intégrée. En 2004-2005, l'Agence a entrepris de mettre au point une stratégie pancanadienne à long terme en matière de modes de vie sains, en collaboration avec ses partenaires provinciaux et territoriaux. Cette stratégie engloberait des initiatives d'élaboration de politiques et de programmes sur une alimentation saine et un mode de vie actif et sur le lien qui existe entre ces deux facteurs et le maintien d'un poids santé. Les travaux de mise au point ont également porté sur la promotion de la santé mentale. La Stratégie en matière de modes de vie sains suivra une approche intersectorielle faisant intervenir les gouvernements provinciaux et territoriaux, des ministères du gouvernement fédéral et des organisations non gouvernementales.

Parallèlement à l'élaboration de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques, l'Agence a continué, en 2004-2005, d'offrir ses programmes existants de lutte contre certaines maladies chroniques particulières, comme la Stratégie canadienne sur le diabète (volets ne concernant pas les Autochtones) et l'Initiative canadienne sur le cancer du sein.

Stratégie nationale pour une promotion soutenue de la santé sur les lieux de travail (Health Works)

La Fondation des maladies du cœur de la Nouvelle-Écosse a reçu, par l'intermédiaire de la Stratégie canadienne sur le diabète, du financement destiné à la mise au point de modèles de promotion de la santé au travail visant à prévenir les maladies chroniques, dont le diabète de type 2. Les travaux de recherche montrent que la promotion de la santé au travail peut améliorer la santé des employés, leur moral et leur productivité ainsi que les relations employeur-employés, et diminuer les coûts associés aux soins de santé ainsi que le taux d'absentéisme. Au nombre des résultats attendus à l'issue du projet figurent des modèles améliorés de promotion globale de la santé au travail et de détermination du soutien nécessaire; l'accroissement des connaissances, des compétences et des aptitudes au sein des organisations, conditions essentielles à la diffusion et à la durabilité de la promotion de la santé au travail; et l'obtention d'outils permettant d'appuyer les activités de promotion et d'évaluation globales de la santé au travail.

Le financement de plusieurs projets régionaux menés dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète a été prolongé, cette dernière ayant elle-même été prolongée d'un an avant d'être intégrée à la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Les résultats d'une évaluation de la Stratégie canadienne sur le diabète ont validé la direction qui a été prise dans l'élaboration de la Stratégie intégrée; l'évaluation en question sera présentée en 2005-2006.

Neuf projets de subventions et contributions s'étendant sur plusieurs années ont été approuvés en 2004-2005 dans le cadre du fonds pour le renforcement des capacités communautaires de l'Initiative canadienne sur le cancer du sein. Ces projets sont davantage intégrés aux stratégies sur le cancer dont la portée ne se limite pas au cancer du sein et abordent des déterminants de la santé qui dépassent le cadre des soins de santé personnels et des systèmes de santé.

L'Agence a travaillé, avec des groupes intéressés et des partenaires, à l'élaboration de cadres d'action spécifiques visant la prévention et le contrôle des principales maladies chroniques au Canada. Elle a prêté son concours à l'élaboration de politiques pancanadiennes sur le diabète et le cancer, a exploré la possibilité d'améliorer la capacité de surveillance, a appuyé la détermination et la diffusion des pratiques exemplaires en matière de prévention et a fait ressortir la nécessité de mettre en place des approches de prévention et de contrôle des maladies chroniques à l'aide d'une gamme de projets et d'activités.

L'Agence a également poursuivi ses travaux en vue de l'adoption d'une approche intégrée et intelligente de la surveillance des maladies chroniques. À cette fin, elle a mené un certain nombre d'activités importantes liées à l'amélioration de la surveillance des maladies cardiovasculaires, de l'arthrite et des autres affections

musculo-squelettiques, de la santé mentale et des maladies mentales et du cancer (stadification). L'Agence a organisé plusieurs ateliers visant à appuyer les initiatives entreprises dans ces domaines. Elle a notamment invité des experts canadiens et étrangers à exprimer leur avis sur la faisabilité de créer de nouvelles initiatives et d'élargir les initiatives actuelles. Par ailleurs, l'Agence a lancé une application Internet visant à faciliter la collecte de données nationales sur le cancer chez les enfants, qui devrait aider les centres d'oncologie pédiatrique du pays à présenter leurs données à distance.

En collaboration avec d'autres organisations fédérales, avec les provinces et territoires, avec des associations nationales de professionnels de la santé et d'autres types d'organisations non gouvernementales et avec des chercheurs universitaires et des experts internationaux, l'Agence s'est penchée sur les déterminants de la santé et l'état de santé des fœtus et des nourrissons pendant la période périnatale ainsi que sur les blessures et les cas de violence faite aux enfants, et elle a produit des rapports à ce sujet.

L'Agence a également collaboré avec des experts canadiens et étrangers dans les activités suivantes : l'élaboration de pratiques exemplaires à l'égard du cancer du sein; la création de modèles économiques, y compris sur la rentabilité des activités de prévention du diabète de type 2 parmi les groupes à risque élevé; et l'estimation de la prévalence du prédiabète au Canada. L'Agence a également fait l'inventaire des pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des maladies chroniques, ce qui servira d'amorce à la création d'une base de données consultable sur ce type de pratiques.

En plus des travaux qu'elle mène sur la scène nationale, l'Agence a permis au Canada de jouer son rôle de partenaire sur la scène internationale dans la prévention et le contrôle des maladies chroniques. Elle a travaillé avec des partenaires et des intervenants du Canada et de l'étranger, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, à l'élaboration de plans d'action nationaux et internationaux sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques. En tant que seul centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles dans les Amériques ou en Europe, le centre collaborateur de l'OMS de l'Agence a apporté son concours aux pays participant aux programmes CARMEN et CINDI de l'OMS relativement à tous les aspects de l'élaboration de politiques sur les maladies chroniques, de l'étape de l'analyse à celles de la mise en place et du développement d'un cadre fondé sur des données probantes. À cet égard, on a établi un site témoin en Alberta, où l'on mettra à l'essai l'approche intégrée visant la prévention et le contrôle des maladies chroniques, contribuant ainsi au développement du modèle international.

Au cours de la dernière année, le centre collaborateur de l'OMS a piloté, en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé, l'établissement et le développement technique d'un Observatoire des politiques relatives aux maladies non transmissibles dans les Amériques. Plusieurs pays ont entrepris des études de cas sur le processus de formulation des politiques dans le domaine de la nutrition, et le centre collaborateur de l'OMS a joué un rôle indispensable dans l'élaboration du Cadre de coopération sur l'entente concernant les maladies chroniques et son adoption par l'OMS et le Canada. L'Agence de santé publique du Canada gère également les activités du Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance des maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement.

Première conférence nationale sur la prévention intégrée des maladies chroniques

En novembre 2004, l'Agence a organisé, en collaboration avec l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, la première conférence nationale sur la prévention intégrée des maladies chroniques, tenue à Ottawa sous le thème « Ensemble en action ». Il s'agit d'un appel à l'action lancé à l'ensemble du pays dans le but de mobiliser les divers secteurs et d'utiliser les connaissances vitales de ces derniers, de renforcer les liens essentiels entre les disciplines et d'ouvrir la voie à un système intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques au Canada.

Le Canada a également organisé le quatrième Forum mondial de l'OMS sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques en novembre 2004. Les participants y ont exprimé une volonté renouvelée d'appuyer les activités liées à l'élaboration de politiques menées par les pays et les régions de l'OMS. Lors de la rencontre, le centre collaborateur de l'OMS a fourni des services de secrétariat.

En résumé, en 2004-2005, le programme de promotion de la santé et de prévention et de contrôle des maladies chroniques a fait porter ses efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies sur des populations, des groupes à risque élevé et des maladies particulières. Il a eu recours pour ce faire à des stratégies intégrées et à des stratégies ciblant des maladies particulières.

Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Ressources financières totales – Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Secteur de programme clé	Total des autorisations (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
VIH/sida	31,0	32,5
Préparation à une pandémie de grippe	4,7	4,7
Immunisation et maladies respiratoires	6,7	6,5
Infections nosocomiales	6,6	6,8
Zoonoses	30,1	29,7
Autres	89,1	82,4
Total	168,2	162,6

La santé publique ne s'intéresse pas qu'à la préparation aux situations d'urgence et aux interventions d'urgence, à la promotion de la santé et aux maladies chroniques. Vu l'importance et la rapidité des échanges et des voyages internationaux, les Canadiens peuvent se rendre pratiquement n'importe où dans le monde en moins de 24 heures, ce qui est inférieur à la période d'incubation de bien des maladies transmissibles. L'apparition d'une nouvelle maladie infectieuse quelque part sur la planète peut avoir de graves répercussions sur le Canada et les Canadiens à l'étranger; aussi l'Agence participe-t-elle à de nombreuses activités visant à freiner et à empêcher la propagation des maladies infectieuses.

Dans son rôle de direction, l'Agence a collaboré à des enquêtes menées sur des éclosions survenues au Canada et, lorsqu'on le lui demandait, à l'étranger. Par exemple, le Laboratoire national de microbiologie a largement contribué à maîtriser l'épidémie de fièvre hémorragique de Marburg en Angola. Plusieurs équipes de deux personnes, de même qu'un laboratoire ambulant, ont été déployés en Angola vers la fin de 2004; leurs objectifs : améliorer les tests de diagnostic sur le terrain et accélérer le dépistage des cas dans la région touchée.

L'Agence a continué de permettre au Canada de détecter une vaste gamme de maladies infectieuses à l'échelle du pays et a mené, appuyé et coordonné des travaux de recherche appliquée en santé publique sur les maladies infectieuses qui menacent les Canadiens, comme les maladies respiratoires. Elle a également facilité et coordonné des activités d'analyse et de gestion de risques menées en collaboration avec des partenaires internationaux, fédéraux, provinciaux et locaux. Parmi les domaines d'intérêt figurent notamment les maladies d'origine hydrique, les maladies

d'origine alimentaire, les maladies d'origine animale (zoonoses), les maladies pouvant être prévenues par la vaccination, les agents pathogènes transmissibles par le sang, les infections transmissibles sexuellement et les infections nosocomiales.

Grâce au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg, une installation de niveau 4, l'Agence a offert aux réseaux de santé publique du Canada et de l'étranger des services experts en microbiologie, notamment des services de tests de référence, de surveillance et d'enquête sur les éclosions. De plus, le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire, situé à Guelph, a donné aux responsables des politiques et à d'autres intervenants des conseils et de l'information scientifique sur les moyens de réduire au minimum le risque de contagion résultant d'un contact entre humains, animaux et l'environnement, en mettant particulièrement l'accent sur les infections dues aux agents entéropathogènes (gastro-intestinaux). Par exemple, en 2004-2005, des scientifiques de l'Agence ont participé pendant plusieurs semaines aux travaux menés dans les régions touchées par le tsunami; ils se sont également rendus au Vietnam, relativement aux cas de grippe aviaire, à Hong Kong, pour prélever des échantillons de l'environnement et isoler le virus responsable du SRAS (un coronavirus), et au Mexique, relativement aux agents entéropathogènes.

Grippe aviaire

L'épidémie de grippe aviaire H7N3 survenue dans la vallée du Fraser, en Colombie-Britannique, a porté atteinte à l'industrie avicole locale et a mené à l'abattage de près de 20 millions d'oiseaux. Le personnel du Bureau régional de la Colombie-Britannique et du Yukon de l'Agence, en collaboration avec des experts des bureaux centraux de l'Agence spécialisés dans la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, a participé activement aux efforts soutenus menés pour maîtriser cette grave épidémie, conjointement avec Santé Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments, Sécurité publique et Protection civile Canada, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, la Fraser Health Authority et bien d'autres partenaires. Pendant toute la durée de l'intervention, le bureau régional a partiellement mis à exécution son plan de gestion des urgences pour aider à canaliser les ressources et les activités en vue de juguler l'épidémie. La coordination des mesures d'intervention régionales liées au portefeuille de la santé et la mise à disposition d'experts des bureaux centraux spécialisés dans la communication des risques ont contribué à apaiser la population pendant la période d'intervention.

L'Agence a également pris des mesures visant à prévenir les maladies infectieuses. En ce qui concerne les maladies et agents pathogènes transmissibles par le sang et les maladies transmissibles sexuellement, elle a conçu, élaboré et mis sur pied des programmes visant à prévenir les cas d'infection par le virus de l'hépatite C, a appuyé

les personnes atteintes de cette maladie ou touchées par elle et s'est employée à sensibiliser davantage la population à cette maladie. L'Agence a également joué un rôle de direction à l'échelle nationale dans l'élaboration et la mise de l'avant d'une structure nationale en matière de politiques/de gestion visant à réduire les risques d'infection par des agents pathogènes transmissibles par le sang, d'incident transfusionnel et d'infection consécutive à la greffe de cellules, de tissus et d'organes.

L'Agence a travaillé avec les provinces, des organisations non gouvernementales et des fournisseurs de soins de santé à améliorer et à maintenir la santé sexuelle de la population canadienne par la prévention et le contrôle des maladies transmissibles sexuellement et de leurs complications, dont l'infertilité et le cancer. Elle a coordonné, mis en œuvre et surveillé la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et a favorisé l'émergence d'une vision commune de la Stratégie à l'échelle nationale en améliorant la collaboration entre tous les paliers de gouvernement, les collectivités, les organisations non gouvernementales, les associations professionnelles, les chercheurs, les établissements de santé et le secteur privé. Ces activités se sont soldées par la création de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, annoncée en janvier 2005.

Programme d'action communautaire sur le sida (PACS)

Financé par le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) avec le soutien du Programme de prévention, de soutien et de recherche concernant l'hépatite C et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), ce projet de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) vise à améliorer l'accès aux services pour les Autochtones présentant un risque élevé de contracter le VIH/sida et l'hépatite C. Le projet compte deux volets : la création d'un réseau liant les organismes autochtones dans les réserves et hors réserve et les organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et l'hépatite C; et l'élaboration et la validation d'un guide et d'ateliers intitulés *Le VIH-sida et l'hépatite C en milieu autochtone, une formation adaptée*, destinés aux intervenants autochtones, et d'un guide et d'ateliers intitulés « *Adapter nos interventions à la réalité autochtone* », destinés aux intervenants non autochtones.

Ce projet s'est avéré si efficace qu'il a été prolongé pour une troisième année, de manière à consolider le réseau créé au cours des deux premières années et de répondre à la forte demande pour les ateliers. Le prolongement du projet permettra également d'adapter les outils et le contenu des ateliers aux établissements correctionnels fédéraux (en collaboration avec Service correctionnel Canada) et de terminer la rédaction d'un guide sur les traits culturels propres à chacune des 11 nations autochtones du Québec. Ce guide servira à mieux préparer les intervenants non autochtones appelés à travailler avec des clients autochtones. Le volet *Adapter nos interventions à la réalité autochtone*

présente un intérêt particulier, car en plus de sa fonction de départ, il peut être appliqué à toute question concernant les relations entre les com- munautés autochtones et non autochtones.

En plus de ses activités visant des maladies précises, l'Agence s'est penchée sur les risques pour les patients qui reçoivent des soins de santé. Par exemple, elle a contribué à la surveillance continue des pathogènes émergents chez les personnes à risque élevé. Un système de surveillance a été mis sur pied en collaboration avec la Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques dans l'espoir de réduire l'incidence du virus du Nil occidental chez les patients recevant une greffe de moelle osseuse. Ce système vise à faire en sorte qu'aucun nouveau cas ne se déclare chez les receveurs.

Préparation des interventions en cas d'épidémie transfrontalière

Le Bureau régional de la Colombie-Britannique et du Yukon de l'Agence a commandité, en partenariat avec la Province de la Colombie-Britannique et l'État du Washington, un séminaire portant sur une variété de problèmes liés à la gestion des urgences qui pourraient survenir si une épidémie infectieuse se propageait au delà des frontières d'un État, d'une province ou d'un territoire de la région de la côte nord-ouest du Pacifique. Ce séminaire, qui s'inscrit dans une série prévue d'événements régionaux, a favorisé l'établissement de relations entre les représentants occupant des fonctions similaires dans différentes compétences et a aidé les participants à mieux comprendre les capacités et les habiletés de leurs homologues. L'objectif à long terme est de porter au niveau national les questions régionales de première importance. En bout de ligne, on vise à établir un cadre appuyé par les paliers fédéral et provinciaux-territoriaux et par les États, qui favorisera les collaborations transfrontalières en cas d'urgences en matière de santé.

Outils et pratiques en santé publique

Ressources financières totales – Outils et pratiques en santé publique

Secteur de programme clé	Total des autorisations (millions de dollars)	Dépenses réelles (millions de dollars)
Élaboration d'outils et d'applications en santé publique	9,4	7.0
Renforcement des ressources humaines en santé publique	5,2	5,6
Total	14,6	12,6

Nota : Les écarts entre les autorisations et les dépenses réelles découlent principalement de travaux non terminés à la fin de l'exercice dans les programmes Surveillance canadienne intégrée de la santé publique (1,5 million de dollars) et Amélioration des compétences en santé publique (0,4 million de dollars).

Les approches et les programmes décrits précédemment portaient principalement sur le contenu des programmes de santé publique. Le gouvernement fédéral a également reconnu que pour améliorer l'efficacité des pratiques en santé publique au Canada, il doit renforcer les principaux éléments de l'infrastructure canadienne de santé publique.

Dans le cadre du processus de mise sur pied de la nouvelle Agence de santé publique du Canada, la nouvelle organisation a accru sa capacité interne de jouer un rôle de direction et de participer activement aux mesures visant à assurer la pertinence, l'opportunité, l'efficacité, l'accessibilité et l'équité de la législation en matière de santé publique, et ce dans toutes les compétences. Ainsi, la *Loi sur la mise en quarantaine* a été mise à jour à cette fin. De même, l'Agence a travaillé à harmoniser les cadres législatifs et réglementaires des différentes compétences en matière de santé publique et à élaborer des politiques et des lignes directrices régissant la gestion de l'information en santé, notamment en ce qui concerne la déclaration et la prise en charge des maladies. L'Agence a également dirigé l'établissement de définitions communes à l'appui du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada et du Centre canadien intégré de surveillance des éclosions.

L'Agence a encouragé la pratique à l'échelon communautaire en réunissant les principaux intervenants de domaines touchant à l'infostructure de la santé publique. Elle a collaboré avec les intervenants et ses partenaires pour élaborer des stratégies pancanadiennes concernant les maladies chroniques, les facteurs de risque des maladies chroniques et les blessures. Elle a appuyé la mise sur pied des six Centres nationaux de collaboration en santé publique pour améliorer

l'application des connaissances et l'accessibilité des ressources humaines en santé publique et appuyé le renforcement des capacités régionales et nationales d'intervention en cas d'urgence en santé publique.

De plus, l'Agence a fourni l'accès aux données et à l'information nécessaires à la prise de décisions fondées sur des données probantes. Elle a élaboré des politiques de gestion des données pour s'assurer que les données sont utilisées d'une manière uniforme qui respecte les normes relatives à la protection et à la divulgation des renseignements personnels.

Manitoba-Saskatchewan – Évaluation exhaustive

En 2004-2005, le Bureau régional du Manitoba et de la Saskatchewan a entrepris une initiative visant à simplifier l'administration des rapports d'évaluation et des rapports financiers pour les groupes œuvrant dans le domaine du développement de la petite enfance qui reçoivent du financement de plusieurs sources.

En ce qui a trait au perfectionnement professionnel, l'Agence a offert aux professionnels de la santé travaillant dans les services locaux de santé publique et aux autorités sanitaires régionales de partout au Canada un service de formation en ligne afin d'accroître leurs compétences dans les domaines de l'épidémiologie, de la surveillance et de la gestion de l'information. Ce service, qui a nécessité l'élaboration, l'administration et la gestion de modules d'apprentissage en ligne, a permis aux professionnels d'utiliser et de comprendre l'information en faisant appel à des compétences très précises. L'Agence a aussi établi des partenariats avec la communauté de la santé publique.

Autres programmes et services

Ressources financières (en millions de dollars)	
Prévues	Réelles
162,2	154,4

Nota : La catégorie « autres programmes et services » comprend la somme de 100 millions de dollars consacrée à Inforoute Santé du Canada Inc.

Résumé « S'organiser pour obtenir des résultats »

L'Agence de santé publique du Canada a exécuté, au moyen des secteurs de programme décrits ci-dessus, un programme de santé publique efficace. En continuant d'accroître la capacité du gouvernement fédéral en santé publique, de renforcer les capacités de planification et d'intervention d'urgence, de promouvoir

un mode de vie sain, de lutter contre les maladies chroniques et infectieuses et de participer à l'élaboration d'un système de santé publique complet et homogène, l'Agence contribue à la création d'un système canadien de santé publique plus efficace que jamais et à l'amélioration du milieu international de la santé publique.

Ressources financières totales – Agence de santé publique du Canada

Secteur de programme clé	Total des autorisations (en millions de dollars)	Dépenses réelles (en millions de dollars)
Mesures et interventions d'urgence	49,8	49,8
Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques	210,4	207,3
Prévention et contrôle des maladies infectieuses	168,2	162,6
Outils et pratiques en santé publique	14,6	12,6
Autres programmes et services de l'Agence	162,2	154,4
Total	605,2	586,7

Section II – Analyse du rendement par résultat stratégique

Résultat stratégique : Une population en meilleure santé grâce à des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies		
Objectif : Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies et des blessures		
Ressources financières totales		
Dépenses prévues	**Total des autorisations (en millions de dollars)**	**Dépenses réelles (en millions de dollars)**
s.o.	605,2	586,7
Ressources humaines totales (équivalents temps plein)		
Dépenses prévues	**Dépenses réelles**	**Différence**
1 671	1 666	5

Résultats attendus :

Résultats intermédiaires

- Choix éclairés et adoption de pratiques sûres, saines et durables en matière de santé.
- Politiques et mesures de santé publique renforcées dans le système de santé.
- Production de données probantes pour déterminer les politiques et les pratiques relatives à la santé de la population et à la santé publique.
- Meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux pour les populations cibles.
- Participation accrue des intervenants (individus et groupes) à l'élaboration des politiques et des programmes de promotion et de protection de la santé, et accroissement des partenariats à cette fin.
- Mise sur pied d'un système de promotion de la santé complet, intégré et durable.
- Protection accrue en cas d'urgence.

Résultats immédiats

- Sensibilisation accrue du public aux principaux enjeux de la santé publique.
- Capacité accrue de recherche en santé publique et d'échange d'information et utilisation accrue des données probantes chez les principaux partenaires et intervenants.
- Meilleurs réseaux et meilleure coordination à l'échelle nationale et internationale.
- Connaissance et utilisation accrues des données probantes relatives à la promotion de santé de la population.

- Connaissance accrue des services de soutien sur le plan de l'information, au palier communautaire et au palier du système de santé.
- Mise en œuvre de stratégies et de politiques visant à appuyer la santé publique.
- Capacité communautaire accrue.
- Meilleur système national d'intervention en cas d'urgence.

Priorités et engagements pour 2004-2005

Priorité no 1 : Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène

Engagements

- Élaborer un système pancanadien de santé publique
- Élaborer des stratégies intégrées s'appliquant aux maladies transmissibles et non transmissibles
- Promouvoir une collaboration accrue en santé publique

Priorité no 2 : Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique

Engagements

- Établir la nouvelle Agence de santé publique du Canada
- Accroître les capacités fédérales de laboratoire, de surveillance de la santé et d'intervention d'urgence

Nota : Dans l'analyse de rendement qui suit, les renvois à Santé Canada dans des commentaires et des engagements précis ont été remplacés par des renvois à l'Agence, au besoin.

Liens entre les programmes, les ressources et les résultats

La structure de programme ci-dessous est fondée sur l'architecture des activités des programmes (AAP) de l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui fait maintenant partie de l'Agence de santé publique du Canada. Présentée à des fins d'information, cette structure montre les sous-activités de programme de l'Agence. L'AAP sera revue ultérieurement afin de mieux refléter les objectifs de l'Agence.

Programmes	Résultats et liens
Mesures et interventions d'urgence	L'Agence travaille en étroite collaboration avec ses partenaires de Santé Canada, d'autres ministères fédéraux et des provinces et territoires en vue d'établir et de mettre en œuvre les priorités en matière de planification des mesures d'urgence et de dresser des plans d'intervention d'urgence en santé publique.
Promotion de la santé et prévention et contrôle des maladies chroniques [Développement de la santé humaine et prévention et contrôle des maladies chroniques]	L'Agence travaille en étroite collaboration avec les ministères et les organismes du portefeuille de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations bénévoles et les partenaires du secteur privé en vue de déterminer les nouveaux sujets de préoccupation, d'élaborer des plans d'action pancanadiens pour la promotion de la santé, de diffuser de l'information à la population et aux professionnels de la santé, d'intégrer divers intérêts et points de vue et de fournir un lien critique entre les citoyens et les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs du gouvernement. (Ce programme combine les anciens programmes de Santé Canada concernant le développement de la santé humaine et la prévention et le contrôle des maladies chroniques.)
Prévention et contrôle des maladies infectieusesl	L'Agence permet au Canada d'être mieux en mesure d'élaborer des politiques, d'exercer une surveillance, d'effectuer des enquêtes et de mener des recherches et des programmes pour faire face aux maladies d'origine alimentaire et hydrique, aux infections transmises sexuellement, à l'hépatite C et au VIH/sida, aux infections respiratoires (p. ex. tuberculose), aux maladies évitables par la vaccination et aux pathogènes transmissibles par le sang.

Outils et pratiques en santé publique [Coordination de la surveillance]	L'Agence contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un système de surveillance de la santé publique et à l'amélioration de la capacité en santé publique à l'échelle provinciale et territoriale en élaborant et en fournissant des outils et des applications qui viennent en aide aux professionnels de la santé de première ligne, en facilitant l'accès aux outils et aux données nécessaires à la prise de décisions fondées sur des preuves et, enfin, en offrant de la formation en vue du perfectionnement des ressources humaines en santé publique. (Ce programme était auparavant celui de la coordination de la surveillance de Santé Canada).

Résumé du rendement – Priorité nº 1 : Contribuer à la création d'un système de santé publique complet et homogène

Le Canada a besoin d'un système national de santé publique homogène et complet qui permet de cerner et de prévenir les maladies transmissibles et non transmissibles, les blessures et les urgences en santé publique, et d'intervenir dans ces situations, d'une manière rapide, coordonnée et efficace afin de promouvoir la santé générale de la population canadienne. Les risques associés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), au virus du Nil occidental et à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ont fait ressortir la nécessité pour le Canada de renforcer son système de santé publique. La création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination de l'administrateur en chef de la santé publique pour la diriger témoignent de la détermination du gouvernement du Canada à relever ce défi.

L'élaboration d'un système de santé publique homogène et complet exigera une direction constante et un travail ardu durant de nombreuses années. L'Agence établira des liens de collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autres ministères fédéraux et des groupes d'intervenants. Il faudra notamment : établir et renforcer des politiques de collaboration et des cadres de travail; mettre au point des stratégies intégrées de lutte contre les maladies infectieuses et non infectieuses; gérer les besoins en matière de ressources humaines en santé publique; et préparer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes efficaces de promotion de la santé.

En 2004-2005, l'Agence a collaboré avec les provinces et les territoires en vue d'élaborer les volets initiaux d'une nouvelle stratégie pancanadienne de santé publique. Elle a apporté une contribution et un appui au groupe de travail spécial fédéral, provincial et territorial sur la santé publique, qui a recommandé l'établissement d'un réseau de santé publique. L'Agence a également apporté un soutien en matière de politiques et de communication en vue de la création du réseau. Elle continue d'appuyer sans réserve le secrétariat du réseau et d'assurer la

communication entre tous les participants au réseau, de manière à favoriser les collaborations fédérales, provinciales et territoriales concernant les enjeux de santé publique.

En 2004-2005, l'Agence a rempli l'important engagement d'appuyer et de faciliter la création de six centres nationaux de collaboration en santé publique. À cette fin, l'Agence a fourni des fonds de démarrage ainsi qu'une aide continue pour la préparation des principales structures et activités nécessaires à l'avancement du programme au cours de sa première année d'existence. Les centres visent à favoriser la collaboration et à faire en sorte que les connaissances se traduisent par des outils et des méthodes en santé publique. Ils constitueront un élément important de la stratégie canadienne de santé publique.

Des consultations nationales ont eu lieu en vue de conclure un accord pancanadien d'assistance mutuelle qui faciliterait, dans les situations d'urgence, le transfert rapide de matériel, de personnel et d'autres ressources entre les administrations publiques.

L'Agence a élaboré un cadre d'action concernant la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Le financement prévu de cette stratégie, annoncé dans le budget de 2005, s'élève à 300 millions de dollars sur cinq ans. La Stratégie intégrée doit notamment comprendre une série d'activités visant à promouvoir l'alimentation saine, l'activité physique et le maintien d'un poids santé – mesures qui peuvent aider à prévenir et à atténuer les maladies chroniques – ainsi que des activités complémentaires ciblant chacune une affection précise, notamment le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Dans le cadre de la Stratégie intégrée, l'Agence a financé la Stratégie en matière de modes de vie sains, un plan d'action pancanadien multipartenaires complet qui se concentrera d'abord sur l'alimentation saine et l'activité physique et leur relation avec un poids santé. L'Agence apporte également d'autres formes d'aide financière en vue d'augmenter le niveau d'activité physique de la population canadienne, par exemple par son engagement envers le développement durable. L'aide financière allouée en 2004-2005 a servi à évaluer le rendement, à mener des recherches sur les croyances, les obstacles et les facteurs de motivation qui influent sur les décisions des Canadiens relatives au transport et à tenir des ateliers communautaires sur le transport actif.

En 2004-2005, la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD) a été prolongée d'un an, soit jusqu'au 31 mars 2005, de manière que l'Agence puisse poursuivre ses projets en milieu communautaire, sensibiliser la population et participer à des initiatives conjointes de prévention des maladies. Elle a depuis été renouvelée et intégrée à la nouvelle Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques.

Pour favoriser la participation des jeunes, on a établi un nouveau comité de planification de la jeunesse chargé de l'organisation de symposiums et un réseau jeunesse national de planification concertée concernant l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses. Un système de surveillance, appelé Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques, a été mis sur pied, notamment pour réduire l'incidence du virus du Nil occidental (VNO) chez les patients recevant une greffe de moelle osseuse. Ce système vise à éviter l'apparition de nouveaux cas de VNO chez les receveurs.

L'Agence est l'organisme fédéral responsable des questions liées au VIH/sida. L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, lancée en janvier 2005, poursuit les travaux de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida tout en orientant ses efforts vers les populations déjà infectées ou à risque. En 2004-2005, par le biais du Programme d'action communautaire sur le sida, l'Agence a renforcé la capacité de 83 organismes communautaires locaux d'offrir des programmes de prévention de première ligne contre le VIH/sida. L'Agence a amélioré l'accès à des moyens plus efficaces de prévention, soins, traitements et services de soutien en appuyant 46 projets financés dans le cadre de programmes nationaux de subventions et de contributions tels que le Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors-réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis, le Fonds national pour le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida, le Fonds de l'Initiative de service d'information sur le VIH/sida, le Fonds de marketing social communautaire sur le VIH/sida et le Fonds de fonctionnement des organismes non gouvernementaux nationaux.

Les bureaux régionaux de l'Agence continuent d'élaborer des stratégies de prévention des maladies chroniques. Des programmes innovateurs ont entrepris de définir les pratiques exemplaires, d'accroître les collaborations et d'appliquer les connaissances.

L'Agence a élaboré un cadre stratégique international, clarifié les rôles et les responsabilités face à la santé publique, établi une capacité organisationnelle et assuré une direction nationale en ce qui concerne les activités mondiales, y compris celles liées à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Organisation panaméricaine de la santé et à l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Un cadre de coopération a été signé par l'Agence, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé à Davos, en Suisse, le 27 janvier 2005, réaffirmant l'engagement du Canada envers les interventions internationales de prévention et de lutte contre les maladies chroniques.

L'un des éléments essentiels au renforcement du système de santé publique est l'accès à de l'information précise, complète et à jour qui permette de prendre des décisions éclairées fondées sur des données scientifiques. Des ententes de principe ont été conclues, et d'autres le seront encore, afin d'accroître la capacité des

laboratoires, de faciliter l'accès aux technologies et aux connissances spécialisées, de permettre des projets de collaboration et de diffuser de l'information sur les problèmes de santé publique. Des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne l'intégration des réseaux de surveillance et de laboratoire, dont le contenu et la couverture géographique ont été élargis.

La planification efficace des ressources humaines en santé publique est un autre élément essentiel du système de santé publique. L'Agence s'emploie à planifier, en collaboration avec ses partenaires fédéraux, une approche concertée avec les provinces et territoires, les universités, les associations professionnelles et les associations de santé publique dans le but de s'attaquer aux questions liées aux ressources humaines en santé publique. L'Agence a ajouté de nouveaux modules à son programme de formation en ligne afin d'augmenter la capacité des professionnels de la santé publique de première ligne de faire leur travail d'une manière efficace et efficiente. Le nombre d'admissions au Programme canadien d'épidémiologie de terrain, tant de l'interne que de l'externe, a doublé.

Mis ensemble, ces efforts ont grandement contribué à la création d'un système de santé publique complet et homogène.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005
Engagements et état d'avancement

Engagements du RPP	État d'avancement
Élaborer une stratégie pan-canadienne de santé publique	
1. En 2004-2005, l'Agence prévoit travailler avec les provinces et les territoires en vue d'élaborer les volets initiaux d'une stratégie pancanadienne de santé publique qui comprendra :	
• la clarification des rôles, des responsabilités et des rapports portant sur la santé publique, notamment en matière d'interventions d'urgence;	ENGAGEMENT RESPECTÉ (en cours) Tous les paliers de gouvernement, en collaboration avec le secteur privé et les organismes sans but lucratif, travaillent maintenant à clarifier leurs rôles et leurs responsabilités dans le domaine de la santé publique. On s'attend que cette activité, qui devrait être terminée en 2005, se fonde sur les résultats des consultations fédérales-provinciales-territoriales en cours qui visent l'établissement d'objectifs de santé publique.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	Les ministres de la Santé ont approuvé le Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé, mis au point par le Réseau fédéral-provincial-territorial des mesures et interventions d'urgence pour orienter l'élaboration du Système national de gestion des situations d'urgence en santé, qui doit être intégré et complet. Un processus de consultation nationale est en cours pour conclure un accord pancanadien d'assistance mutuelle qui faciliterait, dans les situations d'urgence, le transfert rapide de matériel, de personnel et d'autres ressources entre les administrations publiques.
• l'amélioration des réseaux de laboratoires;	ENGAGEMENT RESPECTÉ (en cours) Des ententes de principe concernant trois initiatives de collaboration ont été conclues avec des universités et des laboratoires provinciaux. Ces ententes visent à accroître la capacité des laboratoires, à faciliter l'accès aux technologies et aux connaissances spécialisées, à permettre des projets de collaboration et à échanger de l'information sur les problèmes de santé publique. Les progrès dans ce domaine se produisent plus lentement que prévu, en raison de la complexité du processus de négociation. L'Agence a élaboré une stratégie temporaire de gestion de la propriété intellectuelle qui favorisera la collaboration et les initiatives d'intégration et aidera à assurer l'utilisation optimale de la recherche scientifique.
• l'intégration des systèmes de surveillance.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence compte plus de 40 systèmes de surveillance dont les observations sont utilisées dans des rapports annuels, des analyses des tendances ainsi que des exposés et des publications scientifiques.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	L'Agence travaille actuellement avec ses partenaires provinciaux à harmoniser les définitions épidémiologiques de cas, de manière à favoriser l'intégration des systèmes de surveillance. Parmi ses autres activités de surveillance des maladies chroniques, l'Agence a apporté un soutien au groupe de travail sur les systèmes de surveillance des facteurs de risque reliés aux maladies chroniques, du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Surveillance : Le rapport du groupe de travail, qui décrit une méthode exhaustive de renforcement de la surveillance, a été approuvé par la Conférence des sous-ministres de la Santé du Canada. La vérificatrice générale s'est dite satisfaite des progrès réalisés vers l'élimination des lacunes établies en matière de surveillance des maladies chroniques.
2. L'Agence élaborera une approche collaboratrice nationale à la planification des ressources humaines en matière de santé publique, traitant de questions telles que le recrutement, le maintien de l'effectif et le perfectionnement professionnel.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Dans le cadre de la stratégie pancanadienne de santé publique, l'Agence a planifié, en collaboration avec ses partenaires fédéraux, une approche coordonnée avec les provinces et territoires, les universités, les associations professionnelles et les associations de santé publique dans le but de s'attaquer aux questions liées aux ressources humaines en santé. Cette planification fait suite aux observations du groupe de travail mixte sur les ressources humaines en santé publique, formé par le Comité des sous-ministres pour cerner les lacunes du système et formuler des recommandations pour y remédier. Les provinces et territoires et les associations professionnelles ont travaillé avec l'Agence pour établir les compétences de base nécessaires à la pratique en santé publique ainsi que les compétences requises dans chaque discipline. Un programme de

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	bourses de recherche en santé publique est en cours d'élaboration. L'Agence travaille également, avec les Instituts de recherche en santé du Canada, à la mise en œuvre d'un programme de bourses qui favorisera de nouveaux partenariats avec les provinces, les territoires et les universités du pays et qui encouragera l'excellence dans le perfectionnement professionnel en santé publique.
• Des modules de formation seront ajoutés au Programme d'amélioration des compétences de l'Agence.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Deux nouveaux modules en ligne (« Épidémiologie des maladies chroniques » et « Éclosions – Enquêtes et gestion ») ont été ajoutés, augmentant encore la capacité des professionnels de la santé publique de première ligne de faire leur travail d'une manière efficace et efficiente. Plus de 1 000 praticiens de la santé publique de première ligne ont déjà reçu de la formation dans le cadre du programme, et on compte maintenant plus de 70 formateurs qualifiés en ligne.
• L'Agence continuera de fournir du perfectionnement professionnel à 10 professionnels de la santé publique au moyen de son Programme canadien d'épidémiologie de terrain.	ENGAGEMENT RESPECTÉ En 2004-2005, quatre professionnels de la santé publique ont terminé le programme et neuf autres étaient en formation. Les participants renforcent leur capacité de mener des enquêtes sur le terrain sur les menaces pour la santé publique et de prendre en charge des éclosions, tant au Canada qu'à l'étranger. À ce jour, plus de 100 professionnels de la santé ont réussi le programme. Ces professionnels travaillent à tous les paliers de gouvernement ainsi que dans d'autres contextes professionnels. De plus, 15 professionnels ont participé aux modules de formation spécialisée intensive offerts dans la cadre du programme, ce qui porte à plus de 100 le nombre total de participants externes au cours des 15 dernières années. Le nombre d'admissions au programme sera doublé à compter de septembre 2005.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
Élaborer des stratégies intégrées pour les maladies transmissibles et non transmissibles	
3. Dans le cadre de la stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, l'Agence, de concert avec ses partenaires, continuera d'élaborer et d'amorcer la mise en œuvre d'un plan d'action multipartenaires complet qui se concentrera d'abord sur l'alimentation saine et l'activité physique et leur relation avec un poids santé.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Dans le budget de 2005, le gouvernement a annoncé l'allocation de 300 millions de dollars sur cinq ans à la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. La Stratégie en matière de modes de vie sains est un élément clé de la Stratégie intégrée. La Stratégie intégrée, issue d'une collaboration fédérale, provinciale et territoriale, reflète l'approche de l'Agence à l'égard de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques. Elle repose sur trois fondements : la promotion de la santé par l'atténuation des facteurs qui mènent à une mauvaise alimentation, à l'inactivité physique et à un poids malsain; la prévention des maladies chroniques par des interventions ciblant les facteurs de risque; et la création de plateformes de détection précoce et de prise en charge de maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires, qui ont plusieurs facteurs de risque en commun. La Stratégie en matière de modes de vie sains est pancanadienne et intersectorielle, faisant participer les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des organisations non gouvernementales. Elle se concentrera d'abord sur l'alimentation saine et l'activité physique et leur relation avec un poids santé.
4. Dans le cadre de sa stratégie de développement durable, l'Agence fera la promotion d'une initiative de déplacement actif afin d'augmenter le niveau des activités liées à la marche ou à la bicyclette qui amélioreraient la santé de la population canadienne. On s'attend que	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a appuyé l'initiative visant à augmenter le niveau d'activité physique de la population canadienne par des programmes de financement précis, notamment :

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
cette initiative contribue à l'atteinte de l'objectif commun des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'augmenter le niveau des activités physiques de 10 % dans chaque province et territoire d'ici 2010.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a appuyé l'initiative visant à augmenter le niveau d'activité physique de la population canadienne par des programmes de financement précis, notamment : • une étude nationale sur le transport actif en 2005, afin d'évaluer les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du transport actif par rapport à l'étude de référence de 1998 (les résultats seront disponibles en 2005-2006); • l'organisation de huit groupes de discussion à Vancouver, à Winnipeg, à Ottawa et à Halifax, afin de mieux comprendre les croyances, les obstacles et les facteurs de motivation qui influent sur les décisions relatives au transport; • un soutien aux ateliers communautaires sur le transport actif afin d'aider les communautés à se donner une vision concernant le transport actif. La demande est forte pour ces ateliers ainsi que pour la trousse d'outils du programme de transport actif, qui évalue la qualité de l'environnement de transport actif des communautés.
5. L'Agence entreprendra et terminera l'évaluation finale de la Stratégie canadienne sur le diabète.	ENGAGEMENT RESPECTÉ La Stratégie canadienne sur le diabète (SCD) porte principalement sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la coordination nationale et la surveillance. Elle a été prolongée d'un an, jusqu'au 31 mars 2005, de manière que l'Agence puisse poursuivre ses projets en milieu communautaire, sensibiliser la population et participer à des initiatives conjointes de prévention. Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) a été évalué en 2004-2005; le rapport d'évaluation sera terminé et publié en 2005-2006.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
• L'Agence s'appuiera sur les leçons tirées de la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD) et mettra l'accent sur les besoins des groupes de population qui risquent le plus de contracter le diabète et des personnes qui en souffrent déjà.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a appliqué les leçons tirées de la SCD au cours du processus d'élaboration de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. La Stratégie intégrée traitera des besoins des personnes qui risquent le plus de contracter le diabète et d'autres maladies chroniques ainsi que des personnes qui tentent de conserver une bonne santé ou de vivre avec une maladie existante.
6. L'Agence poursuivra l'élaboration de stratégies intégrées pour les populations communes dans des milieux communs.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Au cours de la dernière année, l'Agence a élaboré un cadre d'action concernant la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques. Ce cadre, annoncé dans le budget de 2005, prévoit un financement de 300 millions de dollars sur cinq ans. La Stratégie intégrée comprendra notamment une série d'activités visant à promouvoir l'alimentation saine, l'activité physique et le maintien d'un poids santé – mesures qui peuvent aider à prévenir et à atténuer les maladies chroniques – ainsi qu'une série d'activités complémentaires ciblant chacune une affection précise, notamment le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Dans le cadre de la Stratégie intégrée, l'Agence a financé la Stratégie en matière de modes de vie sains, plan d'action pancanadien et multipartenaires complet qui se concentrera d'abord sur l'alimentation saine et l'activité physique et leur relation avec un poids santé. L'Agence apporte également d'autres formes d'aide financière en vue d'augmenter le niveau d'activité physique de la population canadienne, par exemple par son engagement envers le développement durable. L'aide financière allouée en 2004-2005 a servi à évaluer le rendement, à mener des recherches sur

Engagements du RPP	État d'avancement
	les croyances, les obstacles et les facteurs de motivation qui influent sur les décisions relatives au transport et à tenir des ateliers communautaires sur le transport actif. La Stratégie en matière de modes de vie sains est pancanadienne et intersectorielle, faisant participer les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des organisations non gouvernementales. Elle se concentrera d'abord sur l'alimentation saine et l'activité physique et leur relation avec un poids santé. La mise en œuvre est bien avancée. Le financement de la Stratégie en matière de modes de vie sains est compris dans les sommes allouées à la Stratégie intégrée par le budget de 2005. Un cadre global portant sur une stratégie intégrée de lutte contre les maladies infectieuses est en voie d'être établi. Il devrait être terminé en 2005-2006. Durant l'exercice 2004-2005, on a établi un comité jeunesse national de planification chargé de l'organisation de symposiums et un réseau jeunesse national de planification concertée de programmes concernant l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses. Ces deux initiatives permettent notamment d'établir un cadre des pratiques exemplaires pour faire participer les jeunes à des programmes de lutte contre l'hépatite C et d'autres maladies infectieuses. On a mis en œuvre des programmes de surveillance accrue destinés aux jeunes de la rue et analysé les données de sept sites un peu partout au Canada. À la suite de l'enquête sur une éclosion en Alberta, des recommandations ont été formulées à l'égard des stratégies et des documents d'information visant à prévenir la transmission du VIH.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	L'Agence s'est penchée sur l'intégration de l'information sur les maladies infectieuses dans les programmes actuels destinés aux personnes qui risquent de contracter le VIH/sida ou qui en souffrent déjà. On a réussi à améliorer l'accès à de nouveaux moyens de prévention, soins, traitements et services de soutien, notamment par l'intégration du Centre canadien d'information sur l'hépatite C et du Centre canadien d'information sur le VIH/sida. Ce projet pilote vise à évaluer l'efficacité de la création d'un guichet unique d'accès à l'information concernant ces affections. Un autre projet, celui-ci en collaboration avec le centre de santé familiale Battlefords à North Battleford, en Saskatchewan, vise à sensibiliser les jeunes autochtones à risque au VIH/sida, à l'hépatite C et aux autres infections transmises sexuellement.
• L'Agence continuera d'exercer une surveillance des maladies infectieuses qui apparaissent et réapparaissent au Canada et de travailler avec ses partenaires pour protéger la population canadienne contre ces risques de maladie.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Le réseau de surveillance du virus du Nil occidental s'est élargi, passant de quatre à six établissements. Des procédures de collaboration ont été établies avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis. Un système de surveillance du virus du Nil occidental a été mis sur pied avec la Société canadienne de greffe de cellules souches hématopoïétiques afin de protéger les patients recevant une greffe de moelle osseuse. L'Agence a coordonné une enquête interprovinciale sur une éclosion de cas de tularémie chez des hamsters. La réponse coordonnée a permis de prendre en charge et de prévenir la maladie. L'Agence a collaboré avec les autorités de santé publique de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et des CDC pour s'attaquer à la situation, mettre au point les outils et directives d'enquête nécessaires et rédiger un avis public qui a été affiché sur le site Web de l'Agence.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	En raison de l'émergence potentielle d'une nouvelle souche grippale en 2004-2005, le gouvernement du Canada a renforcé sa capacité d'intervention en cas de pandémie. Le 4 février 2005, il a annoncé un investissement fédéral de 24 millions de dollars dans la constitution d'une réserve nationale d'antiviraux (9,6 millions de doses d'oseltamivir) en prévision d'une pandémie de grippe. Les provinces et territoires ont acheté 6,4 millions de doses additionnelles, tel que recommandé par le Comité de la grippe pandémique.
7. En 2004-2005, l'Agence traitera du VIH/sida : en mettant l'accent sur des groupes de population clés et en améliorant les programmes de sensibilisation du public;	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, lancée en janvier 2005, poursuit les travaux de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida tout en orientant ses efforts vers les populations déjà infectées ou à risque. En 2004-2005, l'Agence a renforcé la capacité d'intervention de 83 organismes communautaires. L'Agence a amélioré l'accès à de nouveaux moyens de prévention, soins, traitements et services de soutien en appuyant 46 projets financés dans le cadre de programmes nationaux de subventions et de contributions tels que le Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors-réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis, le Fonds national pour le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida, le Fonds de l'Initiative de service d'information sur le VIH/sida, le Fonds de marketing social communautaire sur le VIH/sida et le Fonds de fonctionnement des organismes non gouvernementaux nationaux. Deux nouveaux sites ont été ajoutés à la liste de surveillance sentinelle de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue par injection. Un projet pilote de surveillance du VIH a été mené chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	État d'avancement
• en examinant les facteurs déterminants de la santé liés à la maladie;	ENGAGEMENT RESPECTÉ Ces efforts s'améliorent dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, lequel permettra une approche plus stratégique quant aux déterminants de la santé. Deux projets ont porté sur les facteurs déterminants de la santé liés au VIH/sida. Bénéficiant de subventions et contributions en vertu de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, le centre de santé familiale Battlefords, en Saskatchewan, a lancé « Mobilizing Community Supports for the Prevention of HIV/AIDS », projet de deux ans qui vise à sensibiliser au VIH/sida, à l'hépatite C et aux autres infections transmises sexuellement les jeunes autochtones à risque de North Battleford ainsi que leurs fournisseurs de services de santé, de services sociaux et d'éducation. L'hôpital St. Michael's de Toronto a reçu du financement pour son projet « Adding Life to Years: Building the Community's Capacity to Identify and Treat Depression in People Living With HIV/AIDS ». Ce projet de collaboration avec les organismes de services liés au sida et d'autres organisations du Canada vise à préparer la formation, les outils et les ressources nécessaires pour renforcer la capacité de reconnaître les patients déprimés et de prendre les mesures appropriées (intervention, aiguillage) à leur égard. L'Agence est en train de modifier les programmes de financement, de manière qu'ils traitent des maladies infectieuses et des facteurs déterminants de la santé d'une manière intégrée pour les personnes touchées par le VIH/sida ou qui risquent de contracter l'infection.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
• en renforçant la réponse internationale du Canada à la maladie.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a apporté un soutien technique à la conception et à la mise en œuvre d'un programme de surveillance de deuxième génération et elle a offert une formation poussée à des scientifiques pakistanais dans le domaine de l'expertise en laboratoire. Cette formation est le fruit d'une collaboration avec le gouvernement du Pakistan, l'Université du Manitoba, l'Agence canadienne de développement international (ACDI), ProAction Consulting et Agriteam Consulting. L'Agence de santé publique du Canada a également fourni de l'assistance technique au ministère de la Santé de la Bulgarie en ce qui concerne l'évaluation des déclarations aux fins de surveillance du VIH/sida et la surveillance de deuxième génération. Ses partenaires sont le ministère de la Santé de la Bulgarie, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, certains organismes des Nations Unies et l'ACDI. Ces projets, qui témoignent de l'engagement de l'Agence à fournir de l'assistance technique, s'inscrivent dans le cadre d'un engagement international à intervenir là où le besoin s'en fait sentir.
8. Les bureaux régionaux de l'Agence mettent l'accent sur le fardeau des maladies chroniques et sur l'élaboration de stratégies intégrées en vue de prévenir les maladies chroniques. Par exemple, la région de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest de l'Agence est un partenaire de l'Alberta Healthy Living Network. Cette initiative servira à orienter les activités intégrées de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a appuyé l'Alberta Healthy Living Network, qui a pour mission de diriger la mise en œuvre d'une action commune sur la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques en Alberta. Cela a facilité la mise sur pied de réseaux locaux et régionaux et d'un cadre des pratiques exemplaires ainsi que la promotion de l'alimentation saine et d'un mode de vie actif.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	L'Agence a soutenu l'établissement de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques en Ontario, qui regroupe plus de 20 partenaires, afin d'accroître l'intégration des initiatives de prévention des maladies chroniques, d'augmenter les échanges de connaissances entre les partenaires et d'effectuer des analyses financières fiables à l'appui des activités de prévention des maladies chroniques.
• En faisant fond sur le processus conjoint liant l'Agence et le gouvernement de la Nouvelle-Écosse qui a permis de produire le rapport The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia, l'Agence produira, en partenariat avec les gouvernements d'autres provinces de l'Atlantique, des rapports provinciaux semblables sur les coûts reliés aux maladies chroniques. Ces rapports viendront s'ajouter aux travaux en cours et serviront de preuves en vue de planifier des stratégies pertinentes à la prévention des maladies chroniques locales.	ENGAGEMENT RESPECTÉ En se fondant sur les réalisations de la Nouvelle-Écosse pour évaluer le coût des maladies chroniques, l'Agence a organisé 12 ateliers pour recueillir des commentaires au sujet du document Turning the Tides, qui sera publié en septembre 2005. Les travaux se poursuivront dans le but d'examiner la relation entre la santé mentale, les maladies chroniques infectieuses et les disparités en matière de santé.
Promouvoir une collaboration accrue en santé publique	
9. Le Réseau de santé publique pan-canadien, approche inter-gouvernementale face à l'intégration du système de santé publique au Canada, sera établi. Fondé sur nos forces actuelles, il jettera les bases des discussions fédérales, provinciales et territoriales à tous les niveaux, permettant d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pan-canadiennes de santé publique dans l'ensemble des provinces et territoires.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a apporté une contribution et un soutien au groupe de travail spécial fédéral-provincial- territorial sur la santé publique, ce qui a mené à la recommandation d'établir le réseau. L'Agence a également apporté un soutien en matière de politiques et de communication pendant la création du réseau. Elle continue d'appuyer sans réserve le secrétariat du réseau et d'assurer la collaboration entre tous les participants au réseau, de manière à faciliter les collaborations fédérales, provinciales et territoriales concernant les enjeux de santé.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	Dans le cadre de cette stratégie de réseau élargi, l'Agence a appuyé la création de six nouveaux centres nationaux de collaboration en santé publique, chacun spécialisé dans un domaine prioritaire donné. Les efforts déployés concernent l'élaboration d'une demande de propositions pour appuyer les travaux de ces centres et la formation d'un comité consultatif externe constitué d'experts en santé publique dont les compétences dans leur domaine respectif sont reconnues à l'échelle tant nationale qu'internationale. Grâce à ces activités, l'Agence a établi la portée et les paramètres contextuels d'une nouvelle approche à la collaboration pour le milieu de la recherche au Canada.
10. L'Agence examinera les aspects internationaux de la santé publique dans le but de clarifier ses rôles et ses responsabilités ainsi que ses relations avec ses partenaires internationaux.	ENGAGEMENT RESPECTÉ L'Agence a élaboré un cadre stratégique international, clarifié les rôles et les responsabilités face à la santé publique, établi une capacité organisationnelle et assuré une direction nationale en ce qui concerne les activités mondiales liées à l'Organisation mondiale de la santé, à l'Organisation panaméricaine de la santé et à l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Un cadre de coopération a été signé par l'Agence, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé à Davos le 27 janvier 2005, réaffirmant l'engagement du Canada envers les collaborations internationales pour la prévention et la lutte contre les maladies.

Résumé du rendement – Priorité n° 2 : Améliorer la capacité du gouvernement fédéral en matière de santé publique

Le 24 septembre 2004, en réaction à l'éclosion de cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue au Canada, et aux rapports subséquents de professionnels de la santé publique, le premier ministre a officiellement créé l'Agence de santé publique du Canada et nommé le Dr David Butler-Jones au poste de premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. Ces actions témoignent de la volonté du gouvernement de doter le Canada d'un centre de liaison fédéral destiné à régler les questions de santé publique. Le site http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/phac_f.html présente des renseignements généraux additionnels sur l'Agence.

Depuis sa création, l'Agence, sous la direction de l'administrateur en chef de la santé publique et en concertation avec son personnel et des intervenants de l'extérieur, s'est appliquée à établir ses priorités à long terme. En mars 2005, elle dévoilait sa vision, sa mission et son mandat.

Vision – Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.

Mission – Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Mandat – En collaboration avec ses partenaires, orienter les interventions fédérales, mobiliser les efforts à la grandeur du pays pour prévenir les maladies et les blessures ainsi que protéger et promouvoir la santé publique au Canada et dans le monde, grâce aux mesures suivantes :

- Prévoir les menaces pour la santé publique, s'y préparer, intervenir et rétablir une situation normale;
- Surveiller, observer et étudier les maladies, les blessures, les risques sanitaires évitables et leurs déterminants, ainsi que l'état global de la santé publique au Canada et dans le monde, de même que réaliser des enquêtes et produire des rapports sur ces questions;
- Utiliser les meilleures données et ressources existantes pour conseiller et appuyer les intervenants en santé publique œuvrant à l'amélioration de la santé de leur collectivité, au Canada et dans le monde;
- Guider, conseiller et informer les Canadiens et les intervenants en matière de santé publique;
- Bâtir et entretenir un réseau de santé publique avec les intervenants.

L'Agence est résolue à déployer des efforts efficaces pour promouvoir la santé, prévenir les blessures et les maladies chroniques, tels le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires, surveiller les éclosions de maladies infectieuses et intervenir en cas d'urgences compromettant la santé publique. En outre, elle continuera de collaborer étroitement avec les provinces et territoires pour préserver la santé des Canadiens et contribuer à réduire les pressions s'exerçant sur le système de soins de santé. L'échange d'information constitue l'un des principaux moyens dont dispose l'Agence pour réaliser ces objectifs.

Répondant au besoin établi de renforcer les moyens d'action du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé publique, l'Agence a rapidement pris des mesures, au cours de la première année de son mandat, pour accroître l'échange d'information sur les maladies infectieuses et chroniques, l'immunisation et les urgences ayant trait à la santé publique.

> L'Agence a poursuivi la mise sur pied du Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP), un projet triennal qui en était à sa deuxième année. Le RCISP a été adopté à titre de plateforme opérationnelle et de communication du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC). Plus de 95 % des laboratoires de santé publique fédéraux et provinciaux lui sont à présent affiliés, notamment Héma-Québec, la Société canadienne du sang et du Centre national des maladies animales exotiques de l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Véritable percée dans le domaine de l'échange d'information, ce réseau améliore considérablement les communications entre les personnes actives dans les domaines des diagnostiques en laboratoire et les mesures de contrôle et d'intervention liées aux maladies infectieuses, au bioterrorisme et aux autres urgences sanitaires. Des travaux ont également cours en vue de définir des normes nationales de déclaration des diagnostics, d'améliorer les tests de diagnostic des centres de référence et d'établir des épreuves de compétence – toutes des étapes incontournables si l'on veut que les avantages du RLSPC se concrétisent – et d'allonger la liste des maladies faisant l'objet d'une surveillance (p. ex., pour y inclure les infections nosocomiales causées par des « super bactéries », la grippe pandémique).

Le Centre canadien intégré de surveillance des éclosions (CCISE) joue également un rôle central sur le plan de l'échange d'information. À l'heure actuelle, 99 % des circonscriptions sanitaires de l'ensemble du Canada y font appel. L'initiative Surveillance de l'influenza, fruit de la collaboration entre l'Agence, les provinces et territoires, divers laboratoires et un certain nombre de médecins sentinelles, a également permis de réaliser des progrès sur le plan de la détection des éclosions et des interventions connexes. Par le truchement de cette initiative, des rapports résumant l'activité grippale au Canada sont publiés chaque semaine. Par ailleurs, le

premier site de surveillance consacré aux maladies entériques et à l'exposition aux pathogènes a pu être mis au point grâce à la collaboration avec les autorités sanitaires de la région de Waterloo.

Une étude est actuellement en cours sur les activités de surveillance de maladies chroniques telles que l'arthrite et les maladies mentales, en collaboration avec tous les intervenants.

À titre de démarche finale pour améliorer l'échange d'information, alors que le Système d'information en matière de santé publique (SIMSP) devenait opérationnel, l'Agence a établi un partenariat fructueux avec l'Ontario et la Colombie-Britannique en vue d'élaborer de nouveaux modules (éclosions, examens primaires et soins). Ces modules offrent de l'information et des pratiques fiables, accessibles et sécuritaires en matière de santé publique en temps utile, contribuant ainsi à renforcer la capacité des professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées et avantageuses pour les Canadiens.

En plus d'améliorer la collecte et l'échange d'information sur les maladies infectieuses, le gouvernement a également pris des mesures pour prévenir ces maladies. Aussi le Comité canadien d'immunisation, un comité fédéral-provincial-territorial, a-t-il été fondé afin d'exercer un rôle de premier plan dans la promotion de la Stratégie nationale d'immunisation. Au nombre des activités menées en 2004-2005, il convient de citer l'établissement d'un groupe de travail sur l'approvisionnement en vaccins composé de représentants des gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que la gestion, en collaboration avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des répercussions de la pénurie de vaccins aux États-Unis. De son côté, le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence a mené des recherches prometteuses sur la mise au point de vaccins expérimentaux contre les virus mortels associés aux fièvres hémorragiques Ebola et Marburg. Le gouvernement s'est en outre engagé à prévenir les maladies chroniques en mettant à profit la Stratégie intégrée sur les modes de vie sains et les maladies chroniques (décrite à la section « Priorité no 1 »).

Un objectif important sous-jacent à la création de l'Agence consistait à s'assurer que le Canada soit en mesure de réagir efficacement aux urgences compromettant la santé publique. Parmi les réalisations importantes de 2004-2005, citons :

- le rétablissement de services de quarantaine de première ligne dans les huit principaux aéroports internationaux du Canada;
- le lancement de la nouvelle version du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP-II), qui assure un suivi et une surveillance continue (24 heures sur 24) des menaces éventuelles pour la santé à l'échelle mondiale;

- un examen stratégique de la Réserve nationale de secours, afin de s'assurer d'être prêts à réagir à tout type d'urgence représentant une menace;
- l'établissement par les bureaux régionaux de l'Agence, et en concertation avec des partenaires provinciaux et territoriaux, des fondements de politiques et de plans d'urgence régionaux, selon une démarche « tous risques »;
- le développement continu des capacités nationales d'intervention en cas d'urgence sanitaire de grande envergure – Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (BNEIS);
- des exercices continus de préparation aux urgences et de formation tels « Vigilant Courier » et « Constant Vigil », de même que l'examen par l'Organisation mondiale de la santé du cadre préliminaire d'évaluation des programmes de préparation et d'intervention en cas d'urgence sanitaire nationale.

La Réserve nationale de secours a été mise à contribution à la demande de l'Agence canadienne de développement international, afin de répondre aux besoins en médicaments, fournitures et équipement de l'Asie du Sud-Est après le tsunami dévastateur survenu en décembre 2004. Plus de 1,6 million de dollars de matériel, dont des couvertures, des génératrices et des médicaments, ont été obtenus de la Réserve dans le cadre de cette intervention.

L'Agence a organisé, en collaboration avec Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC), le 4e Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence. Au cours de ce forum, des progrès considérables ont été réalisés sur le plan de la mise au point d'un système pancanadien intégré de gestion des urgences fondé sur les principes et les lignes directrices du Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé.

Les démarches entreprises au cours de la période 2004-2005 quant à l'échange d'information, la prévention des maladies infectieuses et des maladies chroniques ainsi que la planification et l'intervention en cas d'urgence ont permis au gouvernement fédéral d'accroître son pouvoir d'action sur les questions liées à la santé publique.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
Créer l'Agence de santé publique du Canada	
11. Santé Canada concrétisera le projet d'établissement de l'Agence de santé publique du Canada en explorant les différents modèles organisationnels possibles, susceptibles de permettre au gouvernement du Canada de protéger et de promouvoir plus efficacement la santé des Canadiens. La nouvelle Agence aura pour mandat de guider les interventions du gouvernement fédéral face à différentes menaces pour la santé telles les maladies transmissibles et non transmissibles ainsi que les blessures. Le gouvernement du Canada nommera également un tout premier administrateur en chef de la santé publique du Canada chargé de diriger la nouvelle Agence.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Le 24 septembre 2004, le premier ministre a annoncé la création de l'Agence de santé publique du Canada et la nomination du Dr David Butler-Jones au poste de premier administrateur en chef de la santé publique du Canada. Depuis l'entrée en vigueur des décrets d'application, l'Agence s'est consacrée, en collaboration avec Santé Canada, le Bureau du Conseil privé et le ministère de la Justice Canada, à l'élaboration d'une loi habilitante lui permettant de remplir sont mandat. Cette démarche comprenait des rencontres avec des groupes d'intervenants importants afin de recueillir leurs points de vue. Les travaux législatifs se poursuivent pour établir la législation habilitante concernant l'Agence.
Renforcer les capacités du gouvernement fédéral en ce qui concerne ses laboratoires, la surveillance de la santé et les interventions en cas d'urgence	
12. Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada entend améliorer les communications entre ceux qui font de la recherche sur les maladies infectieuses, le bioterrorisme et d'autres questions prioritaires en matière de santé.	ENGAGEMENT RESPECTÉ La technologie du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC) repose sur une combinaison d'applications et de ressources en ligne fournies par le Réseau canadien d'information sur la santé publique (RCISP). Le Réseau est à présent fonctionnel et plus de 95 % des laboratoires de santé publique y sont affiliés; toutefois, des pressions financières exercées sur les gouvernements fédéral et provinciaux retardent l'atteinte de l'objectif de 100 % en matière de surveillance nationale.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	État d'avancement
	On a amorcé les travaux visant à renforcer la collaboration transfrontalière avec l'Association of Public Health Laboratories, le pendant américain du RLSCP. Au nombre des secteurs prioritaires où seront menées d'autres activités, citons la formation de perfectionnement professionnel, les communications et les partenariats techniques. Sur le plan des services de diagnostic en laboratoire, une démarche nationale s'impose si l'on veut profiter au maximum des avantages d'une communication améliorée au sein du RLSPC. Il s'agit d'un projet de longue haleine. Le plus grand défi demeure la création et la distribution d'échantillons pour les épreuves de compétence relativement à 40 maladies à déclaration obligatoires au Canada, ainsi que l'analyse et la publication des données. Des efforts appréciables ont été investis en matière d'assurance de la qualité à l'externe, afin que les laboratoires de l'Agence conservent ou obtiennent leur accréditation auprès de l'Organisation internationale de normalisation (ISO). Le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de Guelph et le Laboratoire national pour les pathogènes entériques ont obtenu, ou sont sur le point d'obtenir, leur certification ISO 17025, alors que les services centraux du Laboratoire national de microbiologie se préparent en vue de leur certification ISO 9001:2000. Le RLSPC participe actuellement à l'élaboration de plans visant à promouvoir la mise en commun de la documentation et de l'expérience acquise à propos de la certification ISO de certains tests. Les activités de surveillance d'E. coli et de Salmonella se sont poursuivies, parallèlement à la création de groupes de surveillance des infections communautaires

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	dues à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (IC-SARM) et des infections nosocomiales attribuables à la bactérie C. difficile et au virus grippal. Des documents sur les objectifs et sur les mandats, ainsi que des outils d'aide à l'analyse ont été préparés; il reste à coordonner les équipes actuelles et à établir un programme national dans le cadre duquel on exercerait une surveillance continue.
13. L'Agence facilitera l'intégration des systèmes de surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles pour permettre d'accéder rapidement aux données critiques en temps réel issues de la recherche clinique et en laboratoire.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Créé en 2004, le Centre canadien intégré de surveillance des éclosions (CCISE) dispense aux décideurs locaux, régionaux et nationaux de l'information intégrée sur la santé publique. À l'heure actuelle, 99 % des circonscriptions sanitaires du Canada y font appel, ce qui entraîne une amélioration sur le plan de la détection des éclosions et des interventions connexes. Grâce à un effort de collaboration entre l'Agence, les provinces et les territoires, divers laboratoires et un certain nombre de médecins sentinelles, le site Surveillance de l'influenza présente des rapports hebdomadaires résumant l'activité grippale au Canada. L'Agence a élaboré, à l'intention des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des protocoles énonçant les principes généraux et les procédures d'exploitation pour la coordination des enquêtes et la prévention des éclosions de maladies respiratoires graves. Le *Protocole d'intervention en cas d'éclosion de maladie respiratoire* en est un exemple. Le rapport annuel du Programme intégré canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA) de 2003 a été publié le 28 février 2005 (voir le site http://www.phac-aspc.gc.ca/cipars-picra/2003_f.html).

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	Selon ce rapport, des niveaux élevés de résistance des souches de Salmonella d'origine humaine et aviaire auraient été observés, ce qui a rendu nécessaire l'interdiction volontaire d'un antimicrobien de catégorie 1 utilisé dans l'industrie des œufs d'incubation. L'Agence appuie les travaux menés par le groupe de travail sur les systèmes de surveillance des facteurs de risque reliés aux maladies chroniques du Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Le rapport du groupe de travail, qui décrit une démarche globale pour améliorer la capacité de surveillance, a été approuvé par la Conférence des sous-ministres de la santé. La vérificatrice générale du Canada s'est dite satisfaite des progrès réalisés afin de combler les lacunes observées dans ce domaine. Le Système national de surveillance du diabète (SNSD) constitue le tout premier exemple d'une utilisation coordonnée à l'échelle nationale de données administratives aux fins de surveillance de la santé publique. Le SNSD permet de comparer des données sur les services de santé dispensés à des patients diabétiques et non diabétiques et sur les résultats obtenus sur le plan de la santé. De par ses caractéristiques, le SNSD constitue un modèle de renforcement des capacités et des infrastructures visant à appuyer la surveillance d'autres maladies qui peuvent être suivies par le biais du système de soins de santé. En 2004-2005, le SNSD a fait l'objet d'une évaluation dont on prévoit publier les conclusions au cours de 2005-2006. La tenue de trois ateliers avec des partenaires provinciaux et territoriaux ainsi que des représentants du milieu universitaire, des ministères fédéraux et des organisations non gouvernementales a permis d'explorer la possibilité d'inclure l'arthrite ainsi que les maladies mentales et cardiovasculaires dans

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	un système intégré de surveillance. Des travaux sont également en cours en vue d'étudier la possibilité d'intégrer d'autres maladies chroniques au SNSD et d'inclure des données sur la stadification du cancer et les soins palliatifs dans le Registre national du cancer. Dans des collectivités sentinelles situées partout au Canada, l'Agence a appuyé la surveillance active des maladies entériques chez les humains et de leur exposition aux pathogènes d'origines alimentaire, hydrique et animale. Cette activité, qui requiert des accords de collaboration et d'échange d'information entre les circonscriptions sanitaires et l'Agence, a bénéficié de l'appui du Cadre stratégique pour l'agriculture (CSA). L'établissement d'un cadre de surveillance et les négociations avec le tout premier site sentinelle, C-EnterNet (circonscription sanitaire de la région de Waterloo), sont terminés.
• L'Agence entend poursuivre ses activités de renforcement des capacités de surveillance et de recherche à l'égard du virus du Nil occidental (VNO) et d'autres maladies transmissibles des animaux aux humains, afin de pouvoir faire face à ces nouvelles menaces.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Des données de surveillance en temps réel sont maintenant accessibles en ligne. Des études ont été conçues dans le but d'identifier les espèces de moustiques les plus susceptibles de transmettre la maladie. La création de conditions propices à l'observation en laboratoire des espèces de moustiques a pris plus de temps que prévu; malgré tout, certaines espèces importantes s'adaptent lentement. On a établi des ententes de principe et des protocoles de recherche avec le gouvernement de Cuba pour des études sur les taux d'infection par le VNO. Des services de laboratoire de référence pour le dépistage diagnostique du VNO sont fournis aux laboratoires-clients nationaux et internationaux.

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
14. En 2003, Santé Canada a reçu 45 millions de dollars sur cinq ans pour renforcer la capacité d'immunisation et réduire l'incidence de certaines maladies évitables par la vaccination. Ces nouveaux fonds, à présent transférés à l'Agence, permettront de consolider les activités du programme fédéral, de garantir à tous les Canadiens l'accès équitable et en temps opportun aux vaccins recommandés, de s'acquitter des responsabilités fédérales ayant trait à l'immunisation et aux maladies évitables par la vaccination, et de fournir une tribune pour la collaboration entre les diverses compétences sur des questions et des programmes se rapportant à l'immunisation.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Le Comité canadien d'immunisation, un comité fédéral-provincial-territorial (FTP), a été créé pour jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la Stratégie nationale d'immunisation (SNI). Il y parvient par le biais de l'analyse et de l'élaboration d'objectifs nationaux ainsi que par la conception de programmes, de politiques, de pratiques, de lignes directrices et de normes efficaces et efficientes en matière d'immunisation. Les fonds accordés en 2004-2005 ont servi à mettre au point diverses composantes et activités de la SNI, parmi lesquelles on compte : • la formation d'un groupe de travail FPT sur l'approvisionnement en vaccins; • la gestion, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, des répercussions de la pénurie de vaccins antigrippaux survenue aux États-Unis; • la création d'un groupe de travail chargé d'étudier les orientations en matière de programmes d'immunisation contre la grippe subventionnés par les gouvernements; • la tenue d'activités organisées par le Réseau canadien des registres d'immunisation.

15. En se fondant sur les projets pilotes du Système d'information en matière de santé publique (SIMSP) qui ont obtenu du succès, l'Agence collaborera avec ses partenaires provinciaux, territoriaux et locaux à la création, à l'évaluation et au développement d'autres projets pilotes pour la mise au point de nouveaux modules.	ENGAGEMENT RESPECTÉ À titre de démarche finale pour améliorer l'échange d'information, alors que le SISP devenait opérationnel, l'Agence a établi un partenariat fructueux avec l'Ontario et la Colombie-Britannique pour la mise au point de nouveaux modules (éclosions, examens primaires et soins). Ces modules offrent en temps opportun de l'information et des pratiques fiables, accessibles et sécuritaires en matière de santé publique et contribuent à renforcer la capacité des professionnels de la santé à prendre des décisions éclairées et avantageuses pour les Canadiens. Des possibilités de collaboration au projet d'Inforoute Santé du Canada sont actuellement à l'étude.
16. L'Agence continuera d'échanger de l'information au moyen du Réseau mondial d'information en santé publique. Six coordonnateurs régionaux des mesures d'urgence se consacreront à la planification, à la coordination et à la mise en œuvre d'un système régional efficace d'intervention en cas d'urgence qui soutienne la politique et le plan ministériel national d'interventions d'urgence.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Par le truchement du Global Health Security Action Group Laboratory Network, l'Agence a parrainé des ateliers sur la détection en laboratoire du charbon bactéridien, de la variole et de la peste (d'autres ateliers sont prévus sur le dépistage des fièvres hémorragiques et de la tularémie). Ces ateliers constituent une occasion d'échanger sur les bonnes pratiques de diagnostic en laboratoire et, tout particulièrement, sur les agents du bioterrorisme. Des protocoles de communication améliorés ont été élaborés pour la mise en commun des bonnes pratiques de détection du virus grippal H2N2, de la fièvre hémorragique Marburg et de la grippe aviaire. On a également tenu un atelier sur le transport international, auquel ont participé des représentants des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Association du transport aérien international, de l'Organisation de l'aviation

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
	civile internationale, de l'International Airline Pilots Association et de sociétés de courrier. À ces efforts internationaux s'ajoutent les recherches menées par le Laboratoire national de microbiologie pour la mise au point de vaccins contre les virus des fièvres hémorragiques Ebola et Marburg, deux pathogènes extrêmement contagieux, qui sont endémiques dans certaines parties de l'Afrique. Des vaccins candidats ont été mis au point pour ces deux virus.
17. L'Agence prendra part à des activités qui permettront de coordonner ses interventions lors d'urgences compromettant la santé publique et d'améliorer la gestion quotidienne de questions de santé publique d'ordre général, qui relèvent de la compétence fédérale.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Un objectif important sous-jacent à la création de l'Agence consistait à s'assurer que le Canada soit en mesure de réagir efficacement aux urgences compromettant la santé publique. À cette fin et pour contrôler l'introduction au pays de maladies tel le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'Agence a rétablit les services de quarantaine de première ligne dans les huit principaux aéroports internationaux du Canada. En novembre 2004, à New York, on a procédé au lancement de la nouvelle version du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP-II). Ce réseau assure, 24 heures sur 24, un suivi et une surveillance mondiales des menaces potentielles pour la santé, notamment d'éventuelles éclosions de maladies transmissibles pandémiques. L'acquisition de nouveaux logiciels coopératifs assure une disponibilité opérationnelle 24 heures sur 24. L'Agence entreprend actuellement un examen stratégique de la Réserve nationale de secours afin de s'assurer d'être prête à réagir à tout type d'urgence. La Réserve nationale de secours a été mise à contribution à la demande de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), pour répondre aux besoins en

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	État d'avancement
	médicaments, fournitures et équipement de l'Asie du Sud-Est après le tsunami dévastateur survenu en décembre 2004. L'Agence de santé publique du Canada (l'Agence) s'inquiétait des menaces pour la santé publique causées par le désastre. De hauts fonctionnaires de l'Agence ont participé aux efforts de reconnaissance et d'évaluation et ont ainsi contribué à accroître l'efficacité de l'intervention canadienne. L'Agence a organisé, en collaboration avec Sécurité publique et Protection civile Canada (SPPCC), le 4e Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence. Au cours de ce forum, des progrès considérables ont été réalisés en ce qui concerne la mise au point d'un système intégré pancanadien de gestion des urgences fondé sur les principes et les lignes directrices du Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé. Un poste permanent de liaison a été établi pour assurer des liens essentiels avec SPPCC sur les questions de politiques et procédures intersectorielles en matière de sécurité et de santé publiques. La Loi sur la mise en quarantaine a été modernisée pour accorder de nouveaux pouvoirs permettant de prévenir l'introduction et la propagation de maladies transmissibles; le projet de loi à cet effet a été adopté par le Parlement en mai 2005. Le Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence (BNEIS) a achevé ses travaux préparatoires. Ces travaux ont permis la création, la formation et la mise à l'épreuve de ses toutes premières équipes d'intervention en cas d'urgence sanitaire. En cas d'urgence, ces équipes rendront possible le déploiement rapide et à plusieurs niveaux des ressources d'intervention (fondées sur une démarche « tous risques »).

Rapport sur les plans et priorités (RPP) de Santé Canada, 2004-2005 Engagements et état d'avancement	
Engagements du RPP	**État d'avancement**
• Les services régionaux de l'Agence continueront de parfaire, de mettre à l'essai et d'évaluer leurs plans régionaux « tous risques » d'intervention en cas d'urgence, tout en poursuivant leurs activités de planification et de mise en œuvre d'exercices d'urgence, de même que la gestion des urgences actuelles.	ENGAGEMENT RESPECTÉ Un groupe de travail technique sur les maladies infectieuses émergentes a été mis sur pied afin d'élaborer des normes, des méthodes et des procédés de lancement rapide de travaux de recherche pendant les éclosions de maladies infectieuses. Les rôles et les responsabilités du groupe ont été définis dans l'éventualité d'une pandémie de grippe. Des postes de coordonnateurs régionaux ont été établis dans tous les bureaux régionaux de l'Agence. Cinq postes sont à présent comblés, et l'on s'apprête à en combler un sixième. Les bureaux régionaux jettent les bases de plans et de politiques régionaux « tous risques » d'intervention en cas d'urgence, en collaboration avec leurs partenaires provinciaux et territoriaux.

Sécurité des laboratoires
http://www.phac-aspc.gc.ca/ols-bsl/index_f.html

Enfance et adolescence
http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/main_f.html

Vieillissement et aînés
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/whatsnew_f.htm

Réseau canadien de la santé
http://www.reseau-canadien-sante.ca

Surveillance de la santé et épidémiologie
http://www.phac-aspc.gc.ca/hsed-dsse/index_f.html

Secteur bénévole
http://www.phac-aspc.gc.ca/vs-sb/secteurbenevole/index.html

Surveillance des maladies chroniques
http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/surveil_f.html

Programme international intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI)

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/cindi/index_f.html

Centre de collaboration sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles (MNT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/international_f.html

Hépatite C

http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/hepatitis_c/index.html

Hémovigilance

http://www.phac-aspc.gc.ca/hcai-iamss/index_f.html

Immunisation et infections respiratoires

http://www.phac-aspc.gc.ca/dird-dimr/index_f.html

Réseau de surveillance de la santé

http://www.phac-aspc.gc.ca/csc-ccs/network_f.html

Section III – Renseignements supplémentaires

Renseignements organisationnels

À propos de l'Agence de santé publique du Canada

La création de l'Agence de santé publique du Canada le 24 septembre 2004 a marqué le début d'une nouvelle approche en matière de leadership fédéral et de collaboration avec les provinces et les territoires dans le cadre des efforts pour renouveler le système de santé publique au Canada et favoriser un système de santé durable.

Relevant de l'administrateur en chef de la santé publique, l'Agence continue de collaborer étroitement avec Santé Canada pour promouvoir et protéger la santé des Canadiens et des Canadiennes grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en santé publique.

Les centres d'intérêt de l'Agence demeurent la capacité d'intervenir dans les situations d'urgences sanitaires et en cas d'éclosions de maladies infectieuses, la prévention des maladies chroniques comme le cancer et les maladies cardiovasculaires et la prévention des blessures.

Une organisation efficace

La structure de l'Agence de santé publique du Canada est conçue pour assurer la présence de celle-ci dans des points stratégiques dans toutes les régions du pays afin d'offrir une prestation efficace des services et des programmes visant à promouvoir et à protéger la santé publique à l'échelle nationale et internationale. Les deux piliers de l'Agence, situés à Ottawa et à Winnipeg, offrent un soutien à une équipe nationale qui travaille dans les bureaux et les laboratoires auxiliaires disséminées dans six régions administratives.

Cette carte montre les villes où l'Agence maintient une présence importante.

Chaque région est dirigée par un directeur régional responsable de la prestation des programmes et des services de l'Agence qui répondent aux demandes propres à la région ainsi qu'aux besoins nationaux. Le personnel régional joue un rôle essentiel

dans l'anticipation des situations d'urgence en matière de santé publique, dans la préparation en vue de telles situations, dans les interventions qui s'ensuivent et dans le retour à une situation normale.

La structure organisationnelle provisoire de l'Agence, en date de mars 2005, était la suivante. La Direction générale des maladies infectieuses comprenait le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses situé à Ottawa et à Guelph (dont le laboratoire de VIH/sida), le Laboratoire national de microbiologie sis au Centre scientifique canadien de santé humaine et animale à Winnipeg, le Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire situé à Guelph et le Centre de mesures et d'interventions d'urgence. La Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques chapeautait le Centre de promotion de la santé (anciennement le Centre de développement de la santé humaine), le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques et la Division des services de paiements de transfert et de la responsabilisation. Le Bureau de la pratique en santé publique correspondait à l'ancien Centre de coordination de la surveillance. Sept bureaux régionaux situés à Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg, Regina, Edmonton et Vancouver appuyaient la prestation des programmes. La Direction générale des services de gestion englobait les directions chargées des politiques stratégiques, des communications, des finances et de la planification, des ressources humaines, et de la gestion et des technologies de l'information.

Par des partenariats et une collaboration étendus, les centres, les directions, les bureaux régionaux et les laboratoires de l'Agence utilisent les données et les outils les meilleurs qui soient pour conseiller les intervenants nationaux et internationaux en santé publique et appuyer les efforts déployés par ces derniers pour améliorer la santé de leurs collectivités. L'objectif de l'Agence est d'offrir aux Canadiens et aux Canadiennes de l'information exacte et à jour en matière de santé publique, de leur prodiguer des conseils et d'assumer un rôle de chef de file tout en établissant et en maintenant un réseau de santé publique qui fonctionne en collaboration avec les intervenants.

En outre, au moyen de leurs activités liées à la surveillance, à la recherche, aux enquêtes et aux rapports sur les maladies, les blessures et les autres risques sanitaires évitables ainsi que leurs déterminants, les employés de l'Agence jouent un rôle clé dans l'évaluation de l'état général de la santé publique au Canada et à l'étranger.

Cette structure organisationnelle transitoire a permis à l'Agence de santé publique du Canada de remplir son mandat général tout en maintenant ses efforts à l'échelle nationale pour garantir la santé des Canadiens et des collectivités dans un monde plus sain.

Organigramme provisoire – mars 2005

Tableau 1 : Comparaison des dépenses prévues et des équivalents temps plein (en millions de dollars)

	2002-2003 Dépenses réelles	2003-2004 Dépenses réelles	2004–2005 Budget principal	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
Santé de la population et santé publique					605,2	586,7
Total					605,2	586,7
Total					605,2	586,7
Plus : coût des services reçus à titre gracieux*					0,0	11,4
Coût net pour le ministère					605,2	598,1
Équivalents temps plein					**1,671,0**	**1,666,0**

Ce tableau établit une comparaison entre le total des autorisations et les dépenses réelles de l'Agence de santé publique et de son prédécesseur pour l'exercice financier 2004-2005. Avant que l'Agence ne soit créée le 24 septembre 2004, ce secteur d'activités englobait la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique ainsi que des parties d'autres directions générales de Santé Canada. Les chiffres correspondant à l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique paraissent dans le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues de Santé Canada.

* Les services reçus à titre gracieux comprennent habituellement les locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, la part des primes d'assurance des employés payée par l'employeur, les dépenses assumées par le Secrétariat du Conseil du Trésor (sauf les fonds renouvelables) et les services reçus du ministère de la Justice Canada (voir le tableau 4).

Tableau 2 : Utilisation des ressources par secteur d'activités (en millions de dollars)				
	2004-2005 Budget			
Secteur d'activités	Fonctionnement	Subventions et contribution	Total : Dépenses budgétaires brutes	Total : Dépenses budgétaires nettes
Santé de la population et santé publique				
Budget principal*	N/A	N/A	N/A	N/A
*Dépenses prévues**	N/A	N/A	N/A	N/A
Total des autorisations	282,1	323,2	605,2	605,2
Dépenses réelles	264,9	321,8	586,7	586,7

Ce tableau reflète la façon dont les ressources sont utilisées, par crédit, par l'Agence de santé publique du Canada et son prédécesseur pour l'exercice financier 2004-2005. Avant que l'Agence ne soit créée le 24 septembre 2004, ce secteur d'activités englobait la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique ainsi que des parties d'autres directions générales de Santé Canada. Les chiffres correspondant à l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique paraissent dans le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues de Santé Canada.

Tableau 3 : Postes votés et législatifs (en millions de dollars)						
				2004–05		
Poste voté ou législatif	Libellé tronqué du poste voté ou législatif	Budget principal	Dépenses prévues	Total des autorisations	Dépenses réelles
30	Dépenses de fonctionnement			262,1	245,0
35	Subventions et contributions			223,2	221,8
(L)	Contributions aux avantages sociaux des employés			19,9	19,9
(L)	Inforoute Santé du Canada Inc.			100,0	100,0
	Total			**605,2**	**586,7**

Ce tableau établit une comparaison entre le total des autorisations et les dépenses réelles par poste voté de l'Agence de santé publique du Canada et son prédécesseur pour l'exercice financier 2004-2005. Avant que l'Agence ne soit créée le 24 septembre 2004, ce secteur d'activités englobait la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique ainsi que des parties d'autres directions générales de Santé Canada. Les chiffres correspondant à l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique paraissent dans le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues de Santé Canada.

Lien vers le site du Budget du SCT

Partie III – Rapports ministériels sur le rendement (RMR) 2004-2005
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp

Tableau 4 : Coût net pour le ministère	
(en millions de dollars)	**2004–05**
Dépenses réelles	586,7
Plus : Services reçus à titre gracieux	
Locaux fournis par Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC)	2,3
Contributions de l'employeur aux primes du régime d'assurance des employés et dépenses payées par le SCT (sauf les fonds renouvelables)	9,0
Traitements et dépenses connexes liés aux services juridiques fournis par Justice Canada	0,1
Coût net pour le ministère en 2004-2005	598,1

Tableau 5 : Passif éventuel

L'Agence est visée par des recours individuels et collectifs intentés contre le gouvernement. Étant donné que ces causes font actuellement l'objet de négociations en vue d'un règlement, et compte tenu de la complexité de ces questions, il n'est pas possible pour le moment de fournir une évaluation éclairée du passif éventuel.

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) (millions de dollars)

GÉNÉRALITÉS :

- Ce tableau présente un résumé explicatif des PPT de plus de 5 millions de dollars de l'Agence de santé publique du Canada.
- Tous les paiements de transfert énumérés dans ce tableau correspondent à des programmes votés.
- En raison du long historique et de l'évolution de certains programmes, le montant du financement total est peu significatif et/ou impossible à déterminer sans déployer des efforts extraordinaires. Dans ces cas, le financement total n'est pas indiqué.

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT)

1) **Nom du programme de paiements de transfert : Contributions à des personnes et à des organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation, du perfectionnement et de la recherche**

2) Date de mise en œuvre : 1999-2000

3) Date de clôture : En cours

4) Financement ministériel total :

5) Description du programme de paiements de transfert : Santé de la population

6) Objectif(s) et résultats prévus : Élargir la base de connaissances pour l'élaboration de programmes et de politiques en vue de former davantage de partenariats et d'accroître la collaboration intersectorielle. Politiques et programmes fondés sur les données probantes qui font la promotion d'activités saines et créent un plus grand bassin de personnes qualifiées dans la collectivité. Accroître le nombre d'initiatives communautaires fondées sur des données probantes et qui favorisent des habitudes de vie saines, des milieux sains, des produits sécuritaires et des systèmes de soutien solides. Accroître le nombre d'organisations et de réseaux qui collaborent en vue d'aider les Canadiens et les Canadiennes à faire de l'activité physique une partie intégrante de leur quotidien. Le Réseau canadien de la santé (RCS) fait aussi partie du programme sur la santé de la population : Offrir aux consommateurs canadiens de l'information et des ressources examinées par des experts et axées sur la façon de demeurer en santé et de prévenir les maladies et les blessures, pour que les Canadiens soient mieux informés, aient plus de contrôle sur leur santé et améliorent leurs connaissances en matière de santé.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés : Le Fonds pour la santé de la population est demeuré actif, et 35 projets nationaux ont été complétés à la suite de la demande de propositions de 2002. Le Fonds a aussi appuyé l'établissement du programme des Centres nationaux de collaboration et l'organisation de la Conférence internationale pour la promotion de la santé qui se tiendra à Vancouver en 2007. À la suite d'une nouvelle demande de propositions pour des projets nationaux, 27 projets ont été recommandés au ministre pour approbation. Le financement de projets régionaux reflétant les priorités régionales s'est poursuivi. On a aussi élargi le volet « diffusion et évaluation » de divers projets approuvés.

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activités (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	18,8	18,2	11,6	10,9	10,4	1,2
- Total des autres paiements de transfert						
15) Total du SA (ou de l'AP)	18,8	18,2	11,6	10,9	10,4	1,2
16) Total du PPT	18,8	18,2	11,6	10,9	10,4	1,2
17) Commentaires sur les écarts : Le RCS a fourni 1,0 million de dollars pour s'attaquer aux priorités ministérielles; les négociations concernant trois secteurs de contenu étaient toujours en cours (900 000 $) pour garantir une uniformité adéquate et l'optimisation des ressources avant la mise en œuvre des ententes.						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation : Le RCS mène actuellement une évaluation globale qui doit être présentée au Secrétariat du Conseil du Trésor en décembre 2005. Les résultats initiaux issus de recherches sur l'opinion publique (qui sont intégrés à l'évaluation) indiquent que l'utilisation du RCS s'élargit de façon constante depuis son lancement en 1999, le nombre moyen de visiteurs uniques par mois en 2005 étant de 185 439 (une hausse par rapport aux 123 593 visiteurs recensés en 2004).]						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]		
1) Nom du programme de paiements de transfert : Contributions à des organisations communautaires sans but lucratif pour financer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoce visant à lutter contre les problèmes de santé et de développement que connaissent les jeunes enfants à risque au Canada		
2) Date de mise en œuvre : 1998-1999	3) Date de clôture : En cours	4) Financement ministériel total :
5) Description du programme de paiements de transfert : Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)		
6) Objectif(s) et résultats prévus : Faire en sorte que les collectivités soient davantage en mesure de répondre aux besoins en matière de santé et de développement des jeunes enfants à risque et de leur famille, par une approche axée sur la santé de la population. Contribuer à l'amélioration des résultats sur les plans sanitaire et social auprès des jeunes enfants à risque et de leurs parents/dispensateurs de soins.		
7) Résultats obtenus et progrès réalisés : On compte environ 450 projets du PACE un peu partout au Canada. Selon les résultats préliminaires du processus d'évaluation national du PACE pour la période de rapport 2004-2005, on estime que les projets du PACE permettent en général d'offrir des services à plus de 69 000 enfants et parents/ dispensateurs de soins par mois, dans plus de 3 000 collectivités au pays. Le processus national d'évaluation des résultats du PACE a démontré de façon constante que les projets du Programme ont permis d'établir des partenariats efficaces dans de nombreux secteurs et qu'ils bénéficient de l'appui des collectivités et d'autres intervenants. Une évaluation effectuée au début du PACE (1997) a révélé que ce dernier atteignait avec succès son groupe cible (soit les enfants et les familles à risque). Des travaux sont actuellement en cours pour élaborer une stratégie afin de mieux comprendre la portée actuelle du PACE. Le PACE a terminé l'élaboration d'un Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) en 2004, et collabore actuellement avec le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) afin d'élaborer un CGRR intégré qui donnera lieu à une approche coordonnée pour mesurer les résultats des deux programmes. Le CGRR intégré du PACE-PCNP orientera les plans d'évaluation futurs du PACE.		

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003-04	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activités (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	53,3	53,5	54,7	55,6	55,6	-0,9
- Total des autres paiements de transfert						
15) Total du SA (ou de l'AP)	53,3	53,5	54,7	55,6	55,6	-0,9
16) Total du PPT	53,3	53,5	54,7	55,6	55,6	-0,9
17) Commentaires sur les écarts :						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation – Résultats d'évaluation importants : Les résultats préliminaires du processus d'évaluation nationale du PACE pour la période de rapport 2004-2005 indiquent que les projets du PACE maintiennent des partenariats efficaces avec de nombreux secteurs et bénéficient de l'appui des collectivités et d'autres intervenants. (Il est à noter qu'environ 50 projets autochtones en Ontario ne participent pas au processus d'évaluation nationale, puisqu'ils sont évalués de façon distincte.) En 2004-2005, plus de 6 000 partenariats ont été signalés. La plupart des projets du PACE ont indiqué avoir établi un partenariat avec une organisation du secteur de la santé, comme un ministère de la santé, une autorité sanitaire régionale, un centre de santé communautaire ou un CLSC. Bon nombre des projets du PACE ont indiqué bénéficier de contributions en nature et de dons de temps. Les projets ont estimé avoir reçu plus de 6 millions de dollars de contributions en nature, sous forme d'installations, de matériel de programme et d'équipement de projet, et plus de 70 000 heures de travail leur ont été accordées gratuitement par des bénévoles, le personnel de partenaires et d'autres intervenants de la collectivité. Un certain nombre de projets du PACE ont indiqué recevoir du financement de sources autres que le PACE, le PCNP et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA). Plus de 22 millions de dollars de financement provenant d'autres sources ont été signalés, y compris plus de 11 millions de dollars offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux.						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]		
1) **Nom du programme de paiements de transfert : Contributions versées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida**		
2) Date de mise en œuvre : 1998-1999	3) Date de clôture : En cours	4) Financement ministériel total :
5) Description du programme de paiements de transfert : VIH/sida		
6) Objectif(s) et résultats prévus : Appuyer la prévention du VIH/sida et promouvoir l'accès des personnes atteintes de cette maladie aux soins, aux traitements et au soutien. Des projets financés à l'échelle nationale et régionale qui auront pour effet de sensibiliser la population et d'améliorer les connaissances de cette dernière relativement à l'épidémie, ainsi que de renforcer la capacité de la collectivité et du système de santé publique de faire face à l'épidémie. Amélioration des connaissances et sensibilisation; engagement et harmonisation multisectoriels accrus; capacité individuelle et organisationnelle accrue; cohérence accrue de l'intervention fédérale.		
7) Résultats obtenus et progrès réalisés : Programme national – 46 nouveaux projets financés : 26 projets au titre du Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors-réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis; 10 projets au titre du Fonds national pour le perfectionnement des compétences dans le domaine du VIH/sida; 2 projets au titre du Fonds de l'Initiative de service d'information sur le VIH/sida; 2 projets au titre du Fonds de marketing social communautaire sur le VIH/sida; 6 projets au titre du Fonds de fonctionnement des organismes non gouvernementaux nationaux de lutte contre le VIH/sida. Programme régional (Programme d'action communautaire sur le sida [PACS]) – 83 organismes communautaires (OC) ont reçu des fonds de fonctionnement; 68 OC ont reçu du financement pour mener des projets limités dans le temps; 12 OC ont reçu pour la première fois du financement au titre du PACS; des milliers de bénévoles ont fourni du temps et des efforts pour lutter contre le VIH/sida en prenant part aux activités d'organismes financés par le PACS; des milliers de partenariats ont été maintenus par l'entremise de projets financés par le PACS.		

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activités (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	16,8	17,1	10,8	19,6	19,5	-8,7
- Total des autres paiements de transfert						
15) Total du SA (ou de l'AP)	16,8	17,1	10,8	19,6	19,5	-8,7
16) Total du PPT	16,8	17,1	10,8	19,6	19,5	-8,7
17) Commentaires sur les écarts : L'écart de 8,7 millions de dollars est attribuable à des transferts des subventions aux contributions, et à une sous-estimation des nouvelles ressources de contribution qui ont été reçues en 2004-2005 en vertu de la présentation au Conseil du Trésor sur l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation : Devancer l'épidémie sur le VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2008 – Principales conclusions : L'intervention fédérale a permis : d'accroître la portée des efforts déployés par le gouvernement pour faire face à l'épidémie; de rehausser les capacités des collectivités; de placer le VIH/sida dans un contexte axé sur les droits humains; d'aider les organismes nationaux à prendre part à toute la gamme d'activités en matière de politiques publiques, de recherche, de prévention, de traitements et de soins; d'améliorer la souplesse en vue de soutenir des groupes particulièrement vulnérables comme les Autochtones, et de cibler des régions particulières, d'une manière qui tienne compte du fait que l'épidémie constitue une urgence nationale. L'épidémie continue de s'amplifier; le document Devancer l'épidémie sur le VIH/sida a fait ressortir la nécessité d'élaborer une nouvelle approche en matière de leadership fédéral et de collaboration avec les provinces et les territoires pour appuyer une démarche durable et coordonnée en matière de VIH/sida; veiller à ce que les personnes à risque de contracter le VIH/sida ou vivant avec la maladie aient un accès équitable aux programmes et aux services; renforcer les services et le soutien axés sur le VIH/sida, en portant une attention particulière aux groupes les plus touchés. http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/vih_sida/initiative_federale/publications/ahead.html						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]		
1) **Nom du programme de paiements de transfert : Contributions à des organismes et institutions autochtones locales ou régionales sans but lucratif constituées en personne morale dans le but d'élaborer des programmes d'intervention précoce pour les enfants autochtones d'âge préscolaire et leur famille**		
2) Date de mise en œuvre : 1995-1996	3) Date de clôture : En cours	4) Financement ministériel total :
5) Description des programmes de paiements de transfert : Programme d'aide préscolaire aux Autochtones; Stratégie sur le développement de la petite enfance		
6) Objectif(s) et résultats prévus : Élaborer des programmes d'intervention précoce à l'intention des enfants autochtones d'âge préscolaire et de leur famille. Améliorer les programmes de participation et de soutien parental relativement aux enfants ayant des besoins spéciaux en œuvre dans 114 sites communautaires. Élargir les installations existantes dans les collectivités mal desservies et créer de nouveaux centres dans les collectivités non desservies. Consulter le comité consultatif national et les bureaux régionaux pour établir les priorités en vue de l'expansion du programme. S'attaquer à la nécessité d'améliorer l'accès à l'information et à la formation. D'ici 2004-2005, accroître les inscriptions au programme d'environ 1 000 enfants. Accroître le nombre d'intervenants en participation parentale et en besoins spéciaux ainsi que la formation offerte au personnel en charge de projets dans des secteurs comme les services aux enfants ayant des besoins spéciaux et la participation parentale.		
7) Résultats obtenus et progrès réalisés : On compte 131 sites communautaires, et 1 000 nouvelles places dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Un processus est en cours en vue d'accroître le nombre d'intervenants en participation parentale et en besoins spéciaux ainsi que la formation offerte au personnel en charge de projets dans des secteurs comme les services aux enfants ayant des besoins spéciaux et la participation parentale.		

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activité (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	25,8	28,0	29,1	28,8	28,7	0,4
- Total des autres paiements de transfert						
15) Total du SA (ou de l'AP)	25,8	28,0	29,1	28,8	28,7	0,4
16) Total du PPT	25,8	28,0	29,1	28,8	28,7	0,4
17) Commentaires sur les écarts :						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation : Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) effectue des évaluations de processus annuelles et en est à la phase finale d'une évaluation d'impact triennale. Les conclusions initiales de l'évaluation d'impact vont comme suit : les enfants sont mieux préparés à faire leur entrée à l'école, et l'on note également d'autres améliorations dans le développement des jeunes enfants; les parents participent à la gestion et au fonctionnement du PAPA, aux cours sur les compétences parentales et dans les classes; on constate que la collectivité se mobilise autour des enfants et que les participants accordent davantage d'importance aux cultures et aux langues autochtones.						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]

Autres paiements de transfert

1) **Nom du programme de paiements de transfert : Paiements aux provinces et aux territoires afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux services de traitement pour les personnes infectées par l'hépatite C par l'entremise du système d'approvisionnement en sang**

2) Date de mise en œuvre : 2000-2001

3) Date de clôture : 2014-2015

4) Financement ministériel total : 200,6

5) Description du programme de paiements de transfert : Amélioration des ressources destinées aux services de soins de santé offerts aux personnes atteintes de l'hépatite C.

6) Objectif(s) et résultats prévus : Améliorer l'accès aux services de soins de santé et de traitement des personnes infectées par l'hépatite C par l'entremise du système d'approvisionnement en sang. Les transferts fédéraux seront utilisés pour offrir les services de soins de santé indiqués pour le traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C ainsi que des problèmes de santé qui en découlent directement, par exemple, les pharmacothérapies antivirales actuelles et nouvelles, les autres pharmacothérapies pertinentes, l'immunisation et les soins infirmiers. Des rapports à l'intention du public seront élaborés régulièrement sur la nature des initiatives bénéficiant du financement fédéral.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés : Les fonds ont été distribués parmi les provinces et les territoires où l'accès aux services de soins de santé et de traitement est offert.

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activité (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions						
- Total des autres paiements de transfert	21,2	44,0	50,1	50,1	50,1	0,0
15) Total for du SA (ou de l'AP)	21,2	44,0	50,1	50,1	50,1	0,0
16) Total du PPT	21,2	44,0	50,1	50,1	50,1	0,0
17) Commentaires sur les écarts : Aucun écart.						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation : Le premier examen quinquennal fédéral de l'Entente sur l'hépatite C sera effectué en 2005-2006.						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]

1) Nom du programme de paiements de transfert : Contributions à des personnes et des organismes pour appuyer des projets de promotion de la santé dans les domaines de la santé communautaire, du développement des ressources, de la formation, du perfectionnement des compétences, et de la recherche

2) Date de mise en œuvre : 1999-2000

3) Date de clôture : 2005-2006

4) Financement ministériel total :

5) Description du programme de paiements de transfert : Diabète

6) Objectif(s) et résultats prévus : Élargir la base de connaissances pour l'élaboration de programmes et de politiques, établir davantage de partenariats et créer une collaboration intersectorielle. Mettre en place des politiques et des programmes fondés sur des données probantes qui font la promotion d'activités saines et créent un bassin plus vaste de personnes formées au sein de la collectivité. Accroître le nombre d'initiatives communautaires s'appuyant sur des données probantes qui favorisent les habitudes de vie saines, les milieux sains, les produits sécuritaires et les systèmes de soutien solides. Accroître le nombre d'organismes et de réseaux qui collaborent afin d'aider les Canadiens et les Canadiennes à faire de l'activité physique une partie intégrante de leur quotidien. Offrir aux consommateurs canadiens de l'information et des ressources examinées par des experts et axées sur la façon de demeurer en santé et de prévenir les maladies et les blessures pour que les Canadiens soient mieux informés, aient plus de contrôle sur leur santé et améliorent leurs connaissances en matière de santé.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés : Par le renforcement des liens avec ses partenaires internes et externes, le programme a fait des progrès importants en vue d'établir des approches intégrées en matière de santé publique par l'élaboration et l'adoption de programmes et de politiques sur les maladies chroniques, et il a joué un rôle de chef de file et a mis à profit son expertise dans le cadre des activités pancanadiennes de prévention et de contrôle des maladies chroniques.

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévuesg 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activité (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	6,7	7,1	6,0	6,0	5,9	0,1
- Total des autres paiements de transfert						
15) Totaldu SA (ou de l'AP)	6,7	7,1	6,0	6,0	5,9	0,1
16) Total du PPT	6,7	7,1	6,0	6,0	5,9	0,1
17) Commentaires sur les écarts : Le report de la dotation pendant la transition vers la nouvelle Agence a contribué à l'impact du roulement du personnel. Les contraintes opérationnelles non anticipées et le roulement de personnel ont fait en sorte que certains projets et activités n'ont pas pu être terminés à temps ou tel que prévu.						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation :						

Tableau 6 : Renseignements sur les programmes de paiements de transfert (PPT) [suite]

1. **Nom du programme de paiements de transfert : Contributions à des organisations communautaires sans but lucratif pour financer, à long terme, l'élaboration et la prestation de services de prévention et d'intervention précoces visant à lutter contre les problèmes de santé et de développement que connaissent les jeunes enfants à risque au Canada**

2. Date de mise en œuvre : 1994-1995

3. Date de clôture : En cours

4. Financement ministériel total :

5. Description du programme de paiements de transfert : Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

6. Objectif(s) et résultats prévus : Améliorer la capacité de la collectivité à répondre aux besoins des femmes enceintes qui vivent dans des conditions présentant un risque pour leur santé et celle de leur enfant à naître. Améliorer l'accès des femmes enceintes aux services de soutien sanitaire et social dans le cadre d'environ 330 projets menés dans quelque 2 000 collectivités au Canada. Rejoindre le public cible, p. ex. les femmes vivant dans des conditions difficiles (pauvreté, mauvaise nutrition, grossesse à l'adolescence, isolement social et géographique, arrivée récente au Canada, alcoolisme ou toxicomanie et/ou violence familiale). Le volet axé sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) vise à établir dans la collectivité la capacité d'élaborer des outils et des ressources qui seront utilisés par les travailleurs communautaires de première ligne.

7. Résultats obtenus et progrès réalisés : On compte environ 330 projets du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), établis dans quelque 2 000 collectivités canadiennes. Le Programme offre des services prénatals et postnatals à environ 50 000 femmes par année. Chaque année, environ 28 000 femmes enceintes et 1 800 femmes ayant récemment donné naissance ont été admises dans le PCNP. Le Fonds national d'aide aux projets stratégiques sur l'ETCAF a soutenu 8 projets qui en sont maintenant à la phase de diffusion et d'évaluation : l'un d'eux a permis d'élaborer un programme de certification au niveau collégial, lequel est adopté par d'autres collèges un peu partout au Canada; un autre s'est soldé par l'élaboration d'outils et de ressources pour les familles et les aidants qui prennent soin de personnes atteintes de cette maladie; un autre a permis de sensibiliser les divers professionnels et d'améliorer leurs connaissances pour les aider à faire face aux personnes atteintes ayant recours à des services dans leur secteur; un autre maintient une base de données sur les programmes liés à l'ETCAF; un autre vise à adapter les ressources en français à l'intention des collectivités francophones de tout le pays.

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Total des autorisations 2004–2005	12) Dépenses réelles 2004–2005	13) Écarts entre 10 et 12
14) Secteur d'activité (SA) **Promotion et protection de la santé**						
- Total des subventions						
- Total des contributions	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
- Total des autres paiements de transfert						
15) Total du SA (ou de l'AP)	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
16) Total du PPT	27.1	26.4	27.4	27.9	27.9	-0.5
17) Commentaires sur les écarts :						
18) Résultats d'évaluation importants et adresse électronique de la dernière évaluation : Le PCNP mène actuellement une évaluation globale, et de l'information a été recueillie afin de mesurer des aspects comme la portée et le maintien, la pertinence, la mise en œuvre et l'impact. Selon les conclusions de l'évaluation pour la période de 1998 à 2003, le PCNP rejoint son public cible, et on estime qu'il a desservi 60 % des femmes enceintes à faible revenu au Canada, 40 % des adolescentes donnant naissance à des enfants vivants au Canada et 37 % des femmes autochtones enceintes vivant hors réserve. Les projets sur l'ETCAF en sont à leur dernière année de diffusion et d'évaluation et, par conséquent, on ne dispose pas encore de conclusions tirées d'une évaluation.						

Tableau 7 : Subventions conditionnelles (fondations)

1) Nom de la fondation : Inforoute Santé du Canada Inc.

2) Date de mise en œuvre : Début 2004-2005	3) Date de clôture : Fin 2008-2009	4) Financement ministériel total : 100 millions $

5) But du financement : Allocation unique afin d'investir dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un système pancanadien de surveillance de la santé

6) Objectifs, résultats prévus :

Objectifs : Élaborer une stratégie pour la mise en œuvre d'un système pancanadien de surveillance de santé publique fondée sur une évaluation complète des outils nécessaires à une telle surveillance (registres des clients et des fournisseurs, banques de domaines, banques de normes d'égal à égal, applications de surveillance, technologies d'intégration) et déterminer les meilleurs moyens d'ajouter aux ressources existantes.

Il existe des lacunes importantes dans la capacité de gestion des données de surveillance. Inforoute peut harmoniser les activités nécessaires et les intégrer à ses activités liées au dossier de santé électronique. Pour plus de détails sur Inforoute du Santé Canada, Inc., se reporter au Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 de Santé Canada.

Lien vers le site du Budget du SCT
Partie III – Rapports ministériels sur le rendement (RMR) 2004-2005
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp

Résultats prévus : La plupart des compétences posséderont des systèmes opérationnels de surveillance qui interopérables avec ceux d'autres systèmes de soins de santé et entre eux, permettant :

- des délais de déclaration et d'analyse plus courts entre les diagnostics et les interventions dans le cas des activités de santé publique courantes et des éclosions;
- l'échange sécuritaire de données et d'information sur la santé entre équipes multidisciplinaires;
- une capacité accrue de localiser et d'aviser les personnes-ressources et les personnes mises en quarantaine et de gérer les dossiers connexes lors des éclosions majeures;
- une efficacité accrue du système de santé publique par la diffusion d'information courante et d'information de surveillance aux responsables de l'élaboration des politiques, et en facilitant le travail des gestionnaires des programmes de santé publique;
- l'incorporation des besoins opérationnels des services de santé publique dans ces initiatives en ce qui concerne la définition des données, les facteurs de risque, les modèles des processus, la technologie et l'architecture d'entreprise;

- une meilleure connaissance des normes dans les diverses compétences et leur adoption accrue par celles-ci afin de favoriser l'uniformisation dans la déclaration des données de santé publique;
- une interopérabilité accrue entre des systèmes de santé et des applications en santé publique variés;
- une sécurité accrue des renseignements personnels sur la santé;
- une plus grande transparence et une responsabilisation accrue dans le système de santé.

Extrants : De meilleurs résultats relativement à la protection de la santé et de meilleurs résultats de santé pour les Canadiens.

7) Résultats obtenus et progrès réalisés :

1. Une stratégie d'investissement a été élaborée puis approuvée par le conseil d'administration d'Inforoute en décembre 2004.

   La stratégie a fait l'objet de consultations avec les intervenants; elle a été élaborée en collaboration avec un comité directeur fédéral-provincial-territorial composé de spécialistes de la santé publique et des technologies d'information. La stratégie sera axée sur la mise en place des composantes communes centrales du système de surveillance, notamment la prise en charge des cas de maladies infectieuses, la gestion de l'immunisation, la gestion des interventions liées aux éclosions, les alertes sanitaires, la surveillance et la déclaration, et l'intégration aux registres des compétences et aux banques d'information des laboratoires.

2. Une étude globale des besoins opérationnels et du marché des logiciels a été menée à terme. Cette étude a analysé les applications et les outils possibles qui existent déjà dans les secteurs privé et public qui pourraient servir de point de départ. On compte parmi ceux-ci les applications du Système d'information en matière de santé publique (SIMSP) et CCISE-RCISP de l'Agence de santé publique du Canada.

3. Un cahier des charges indiquant les besoins globaux du milieu de la santé publique auxquels la conception du système devra répondre. Ce document comprenait une analyse des composantes du système SIMSP qui pourraient être réutilisées ou adaptées en fonction des besoins en matière de surveillance pancanadienne de la santé.

4. On a rédigé un cahier des spécifications comparant différentes solutions possibles et formulant des recommandations quant à chacune des composantes du système de surveillance. Les solutions proposées allient des éléments des systèmes existants du secteur public (à réutiliser), des produits commerciaux de série disponibles sur le marché (à acheter) et des logiciels conçus sur mesure (à développer).

	8) Dépenses réelles 2002–2003	9) Dépenses réelles 2003–2004	10) Dépenses prévues 2004–2005	11) Autorisations totales 2004–2005 (million $)	12) Dépenses réelles 2004–2005 (million $)	13) Écarts entre 10 et 12 (millions $)
14) Subventions conditionnelles	s.o.	s.o.	0	100	100	100
15) Commentaires sur les écarts :						
16) Résultats importants d'évaluation et adresse électronique de la dernière évaluation : Une évaluation du rendement global d'Inforoute par rapport aux résultats prévus indiqués dans l'accord de financement doit être soumise le 31 mars 2006.						
17) Site de la fondation : http://www.infoway-inforoute.ca						
18) Adresse électronique du rapport annuel de la fondation : http://www.infoway-inforoute.ca/pdf/CHI_AR-04-05_Fr.pdf						

Tableau 8 : Réponses aux comités parlementaires, aux vérifications et aux évaluations pour l'exercice 2004-2005

Réponses aux comités parlementaires

Aucune réponse à des comités n'a été déposée durant la période indiquée.

Réponses aux rapports du Bureau du Vérificateur général

En 2004-2005, aucun rapport du Vérificateur général contenant des recommandations s'adressant à l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada ou à l'Agence de santé publique du Canada n'a été déposé.

Vérifications ou évaluations externes

Vérifications ou évaluations internes

Vérifications internes :

À titre d'ancienne direction générale de Santé Canada, l'Agence de santé publique du Canada a participé à des vérifications internes menées par Santé Canada pendant l'année financière 2004-2005. Pour toute information concernant ces vérifications, on peut se reporter au tableau 17 du Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada. Une évaluation du risque effectuée en 2005-2006 formera la base du premier plan pluriannuel de vérification fondé sur le risque de l'Agence.

Évaluations :

Aucune évaluation de programme n'a été produite pour l'Agence de santé publique du Canada en 2004-2005.

On peut trouver une liste des évaluations menées depuis 1982 par Santé Canada, y compris à l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/index_f.html. L'évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale et le rapport intitulé Synthèses des évaluations canadiennes sur le VIH/sida 1998-2003, parus en 2004-2005, concernaient l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada.

En 2004-2005, l'Agence a jeté les assises d'un centre dont les activités porteront essentiellement sur la conception de programmes et l'excellence dans l'évaluation. Pour aider à la mise sur pied de ce centre, on a entrepris une évaluation des ressources et l'élaboration de plans d'évaluation fondés sur le risque.

Tableau 9 : Stratégies de développement durable (SDD)	
Stratégies de développement durable **Ministère/Agence : Agence de santé publique du Canada**	
Points à examiner	**Commentaires du ministère**
1. Quels sont les principaux buts, objectifs et/ou cibles à long terme des SDD?	Avant la création de l'Agence de santé publique du Canada le 24 septembre 2004, l'ancienne Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) faisait partie intégrante du portefeuille de Santé Canada en matière de développement durable; elle a d'ailleurs participé à l'élaboration de la troisième Stratégie de développement durable de Santé Canada (2004-2007), intitulée Incarner le changement désiré. Cette stratégie triennale comportait trois secteurs thématiques, dont le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) 2004-2005 de Santé Canada (SC) fait état : Thème 1: Aider à créer des environnements sociaux et physiques sains Thème 2: Intégrer le développement durable aux processus de prise de décisions et de gestion du Ministère Thème 3: Réduire au minimum les effets sur l'hygiène du milieu des opérations physiques et activités du Ministère Dans le cadre du thème 1, l'Agence (ancienne DGSPSP) a pris un engagement, soit l'initiative Transport actif, laquelle a été citée dans le Rapport sur les plans et priorités (RPP) de SC de 2004-2005 et dans le RPP de l'Agence de 2005-2006. Les buts de l'initiative Transport actif sont les suivants : a) Mieux sensibiliser les Canadiens aux conséquences de leurs pratiques actuelles dans le domaine du transport et aux coûts que représentent leurs choix personnels et collectifs en matière d'hygiène du milieu, de sécurité et de transport, et faire en sorte que plus de Canadiens choisissent la marche ou le vélo de préférence à l'automobile, surtout pour de courts déplacements; b) Faire en sorte que les différents secteurs soient plus conscients de l'importance des liens entre l'aménagement du territoire, les transports, l'environnement et la santé, mieux sensibiliser les décideurs aux échelons municipal, provincial et national au sujet de l'infrastructure sociale et physique nécessaire pour favoriser le transport actif et améliorer les politiques dans ce domaine.

Ministère/Agence : Agence de santé publique du Canada	
Points à examiner	**Commentaires du ministère**
	Les objectifs de cette stratégie de développement durable sont les suivants : a) mieux faire comprendre les obstacles à la participation au transport actif; b) rehausser la collaboration multisectorielle; c) établir des plans de transport actif pour les collectivités.
2. Comment vos buts, objectifs et cibles à long terme aident-ils à réaliser les résultats stratégiques de votre ministère ou organisme?	En créant des collectivités plus accueillantes et en améliorant l'environnement physique de manière qu'il soit plus favorable au transport actif, on améliore la santé des Canadiens car on accroît leur niveau d'activité physique, contribuant ainsi à renverser la tendance croissante à l'obésité, on réduit les émissions de gaz à effet de serre et le nombre d'admissions hospitalières pour des maladies respiratoires, et l'on intensifie l'interaction communautaire.
3. Quelles sont les cibles établies pour la période visée?	Les cibles pour la période visée étaient les suivantes :: 1) appuyer la conduite d'un sondage national sur le transport actif et organiser des groupes de discussion d'un bout à l'autre du pays pour évaluer les changements dans les connaissances, les attitudes et les comportements au chapitre du transport actif; 2) appuyer l'organisation d'ateliers sur le transport actif et la tenue de « charrettes » dans les collectivités.
4. Quels progrès ont été réalisés (cela inclut les résultats obtenus en fonction des objectifs et les progrès par rapport aux cibles établies) jusqu'à présent?	Le sondage national sur le transport actif, mené par Vert l'action (un organisme national sans but lucratif) et l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, s'est terminé en janvier 2005. Il a permis de recueillir des données longitudinales nouvelles qui seront utiles pour mesurer les changements survenus dans les connaissances, les attitudes et les comportements au chapitre du transport actif (en particulier le degré de participation, les types de déplacements, la fréquence et la durée des déplacements), les obstacles rencontrés et les occasions de rehausser la participation, et l'ampleur des changements potentiels. Un rapport final sur les résultats a été publié, et une analyse comparative débutera dans les mois à venir. Des fiches d'information et une présentation PowerPoint, ainsi qu'un communiqué pour les médias, seront mis au point d'ici l'automne 2005, de manière qu'ils coïncident avec la Semaine internationale marchons vers l'école, organisée à l'échelle nationale par Vert l'action.

Ministère/Agence : Agence de santé publique du Canada	
Points à examiner	**Commentaires du ministère**
	Huit groupes de discussion regroupant au total 72 participants (adultes et jeunes) ont été organisés par Vert l'action et Allium Consulting, à Vancouver, Winnipeg, Ottawa et Halifax. Ces discussions ont permis de recueillir des informations utiles sur diverses questions liées à l'usage par les Canadiens de modes de transport actifs et de fournir des conseils en vue des plans stratégiques à venir, des communications, de la création de partenariats et de la planification de projets à tous les échelons des organisations gouvernementales et non gouvernementales œuvrant dans le domaine du transport actif. Dans plusieurs collectivités d'un bout à l'autre du Canada, on a organisé des ateliers et des « charrettes » pour évaluer le quotient de transport actif (un outil de vérification permettant aux collectivités de déterminer la qualité de l'environnement local pour le transport actif) et pour créer une vision du transport actif à l'intérieur de la collectivité. Les bureaux régionaux de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada, de Transports Canada et d'Environnement Canada ont été invités à participer aux ateliers. Vert l'action est resté en communication avec ces collectivités et continue de leur fournir des ressources. On prévoit également des évaluations de suivi pour rendre compte de la mise en œuvre de plans de transport actif dans les collectivités et de l'adoption de politiques favorables au transport actif. Vert l'action a reçu un nombre impressionnant de demandes provenant des collectivités avoisinantes ainsi que d'autres collectivités de différentes régions du Canada désireuses de profiter de ces ateliers, mais n'a pas été en mesure de fournir à la demande. Cet organisme compte faire tous les efforts possibles au cours de la présente année financière ou de la prochaine pour répondre aux besoins de ces collectivités. Vert l'action a également donné une présentation au Canadian Institute of Transportation Engineers, à l'occasion de la conférence tenue par cet institut à Vancouver, et à trois comités de l'Association des transports du Canada : le comité permanent sur le transport durable, le comité permanent des techniques et de la gestion de la circulation et le comité permanent de la conception géométrique. Le Canadian Institute of Professional Engineers s'est dit intéressé à travailler en collaboration avec Vert l'action pour présenter un exposé conjoint sur le transport actif à sa réunion d'avril 2006.

Ministère/Agence : Agence de santé publique du Canada	
Points à examiner	Commentaires du ministère
	Collaboration interministérielle L'Unité de l'activité physique de l'Agence œuvre dorénavant au sein du groupe de travail interministériel sur le transport urbain durable pour guider et influencer différents cadres stratégiques fédéraux de manière qu'ils soutiennent davantage le transport durable (y compris le transport actif). L'Unité de l'activité physique travaille depuis un certain nombre d'années de concert avec différents ministères fédéraux, notamment Transports Canada et Environnement Canada, à la promotion du transport actif (p. ex. en parrainant Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école et divers ateliers et forums régionaux, ainsi que la publication En marche sans moteur : Guide pour la communauté du transport actif) de la Fédération canadienne des municipalités. Transports Canada compte entreprendre une analyse du transport actif au Canada et du rôle du gouvernement fédéral à cet égard, et travaillera à cette initiative en étroite collaboration avec l'Agence et d'autres ministères fédéraux, et avec les provinces et municipalités. Dans le cadre de son « plan d'action en collaboration » visant à rehausser le niveau d'activité physique de 10 % dans chaque province et territoire d'ici 2010, le comité fédéral-provincial-territorial (FPT) de l'activité physique et des loisirs envisage de se servir des ateliers de Vert l'action pour mener des ateliers sur le transport actif dans toutes les régions du pays, en mettant l'accent sur les familles et les enfants d'âge scolaire et sur le transport actif et sécuritaire vers l'école. Les partenaires de ce projet seraient notamment le Comité FPT du sport, le Consortium FPT pour la santé scolaire, Vert l'action, l'Association canadienne des parcs et loisirs, la Fédération canadienne des municipalités, Environnement Canada, Transports Canada, Infrastructure Canada et Industrie Canada. Une décision à ce sujet devrait être rendue lors de la réunion d'août 2005 des ministres FPT responsables du sport.

Ministère/Agence : Agence de santé publique du Canada	
Points à examiner	**Commentaires du ministère**
	Le transport actif est de plus en plus reconnu comme une solution de rechange pratique aux déplacements en véhicule sans passagers pour de courtes distances; cette solution offre plusieurs avantages sur le plan de la santé individuelle et de l'environnement, et permet aussi bien au gouvernement qu'aux individus de réaliser des économies. Voici des exemples intéressants de progrès dans ce domaine : – Le Canadian Institute of Transportation Engineers entreprend un projet visant à mettre au point et à diffuser un guide recommandant des pratiques de conception des lieux qui pourraient être appliquées au processus d'aménagement des terrains; ce guide ferait la promotion du recours à des modes de transport plus durables, comme la marche, le vélo et le transport en commun. On y trouverait également tout un éventail de politiques et de mesures qui pourraient être introduites pour favoriser la création d'initiatives de transport durable. – Le Centre pour un transport durable travaille à l'élaboration de lignes directrices sur le transport actif « favorable aux enfants », à l'intention de provinces particulières.
5. Quels ajustements avez-vous faits, le cas échéant? (Pour mieux mettre ces renseignements en contexte, veuillez indiquer de quelle façon les leçons apprises ont influencé ces ajustements.)	Transports Canada et l'Agence ont fourni des conseils sur le contenu des ateliers, du sondage national sur le transport actif et des séances des groupes de discussion. On a apporté un ajustement, c'est-à-dire que l'on a décidé de dispenser les ateliers de perfectionnement professionnel dans le cadre des forums existants du Canadian Institute of Transportation Engineers et de l'Association des transports du Canada, pour des raisons de rentabilité et d'efficacité dans les efforts pour rejoindre ce groupe. Étant donné que les ateliers sur le transport actif ont été présentés à la fin de l'année financière, les leçons tirées seront appliquées aux séances à venir dans la prochaine année. Comme on l'a indiqué plus haut, le sondage sur le transport actif et les groupes de discussion ont permis de recueillir des informations utiles sur diverses questions liées à l'usage par les Canadiens de modes de transport actifs et de fournir des conseils en vue des plans stratégiques à venir, des communications, de la création de partenariats et de la planification de projets à tous les échelons des organisations gouvernementales et non gouvernementales œuvrant dans le domaine du transport actif.

Tableau 10 : Approvisionnement et marchés

L'Agence de santé publique du Canada obtient ses services d'approvisionnement et de marchés de Santé Canada. Veuillez vous reporter au tableau 19 du Rapport ministériel sur le rendement 2004-2005 de Santé Canada, car il s'applique aussi à l'Agence.

Lien vers le site du Budget du SCT

Partie III – Rapports ministériels sur le rendement (RMR) 2004-2005
http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/dpr1/04-05/index_f.asp

Tableau 11 : Initiative d'amélioration des services (IAS)

1. **Programmes et services visés par un plan d'amélioration des services**

   Le Réseau canadien de la santé (RCS) a participé à l'IAS et a communiqué bon nombre de ses conclusions par le biais de Gouvernement en direct.

   Le RCS est un outil de promotion de la santé qui fournit aux consommateurs des renseignements de qualité assurée, revus par des spécialistes, sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures (prévention primaire, secondaire et tertiaire). Ce réseau a pour but de sensibiliser la population, à l'échelle individuelle et collective, et de susciter des changements dans les comportements.

   Le RCS est un programme intégré de collecte, de gestion et de diffusion d'information sur la santé publique. Son contenu, composé de près de 20 000 ressources, est entièrement orienté vers le consommateur. Les ressources sont fournies par un vaste réseau canadien d'organisations spécialisées dans la santé, dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des hôpitaux, des bibliothèques, des universités, des organisations communautaires et d'autres organisations non gouvernementales. Ces ressources sont revues et cataloguées par 23 organisations affiliées dont le mandat comprend la diffusion d'information aux Canadiens (et/ou l'appui à la diffusion de l'information à l'échelle des collectivités) dans des secteurs précis de la santé. Parmi les sujets traités, mentionnons le diabète, le cancer, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires (notamment les accidents cardiovasculaires), ainsi que des domaines qui mettent en jeu des facteurs de risque multiples, par exemple l'hygiène du milieu, la vie active, la saine alimentation, l'abandon du tabagisme et le stress.

2. **Établissement de niveaux de référence relatifs à la satisfaction des clients et progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs fixés à ce chapitre**

   Le RCS a mené des sondages sur la satisfaction des clients en 2002 et 2004; un troisième sondage est prévu pour l'été 2005. Le sondage de 2002 a fourni deux importantes statistiques de référence, une sur la capacité des clients de trouver ce qu'ils cherchaient sur le site et l'autre, sur leur niveau de satisfaction globale.

En 2002, 50 % des utilisateurs étaient satisfaits ou très satisfaits du site du RCS, alors qu'en 2004, ce taux avait grimpé à 95 %. Il s'agit d'une augmentation de 45 %, qui dépasse nettement l'objectif de 10 % que s'était fixé l'IAS.

Le RCS a accompli d'importants progrès dans l'amélioration de ses services, en réponse aux commentaires reçus lors du sondage. Bon nombre de ces améliorations concernent le contenu du site Web; elles sont décrites à la question 4 ci-dessous.

3. Normes de service pour tous les services publics clés : établissement de normes et rendement par rapport à ces normes

Sur son site Web, le RCS a prévu une fonction de demande de renseignements qui permet aux clients de poser par courriel des questions liées à la santé. Lorsqu'elle reçoit des demandes, la Division du RCS les achemine, à l'organisation financée la mieux à même d'y répondre. Il est arrivé à plusieurs reprises que le RCS envoie au client des réponses venant de plusieurs organisations.

Le RCS et les différentes organisations financées ont travaillé de concert pour régler certaines questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels. Les demandes de renseignements sont maintenant acheminées directement aux organisations financées plutôt que d'être triées par la Division du RCS. Les améliorations suivantes ont également été apportées :

- Il est plus facile de trouver le lien vers la fonction de demande de renseignements sur le site Web;
- On a affiché un plus grand nombre de liens directs vers des organisations financées qui ont l'expertise nécessaire pour répondre à un éventail plus large de questions liées à la santé (p. ex. qui ne sont pas seulement axées sur la prévention et la promotion de la santé), tout en veillant à la protection des renseignements personnels des clients qui cherchent à obtenir l'information;
- On a fixé un délai de cinq jours pour toutes les demandes de renseignements; cette norme est systématiquement appliquée par toutes les organisations financées;
- Dans le processus de préparation des rapports trimestriels, on a prévu un mécanisme grâce auquel les organisations financées fournissent des statistiques sur le nombre de demandes de renseignements reçues et ayant fait l'objet d'une réponse, et sur le degré d'adhérence à la norme de cinq jours pour la prestation du service.

4. Principales réalisations au titre de l'amélioration des services, du point de vue des citoyens

Le RCS a apporté plusieurs améliorations importantes à son service. Les données statistiques suivantes, fondées sur l'enquête en ligne de 2002 et une recherche sur l'opinion publique effectuée en 2004-2005, indiquent que le RCS a amélioré son service de plus de 10 % (objectif de l'IAS), du point de vue des citoyens.

Domaine d'amélioration/ question particulière	Résultats de 2002	Résultats de 2004	Notes/commentaires
Degré général de satisfaction à l'égard du site Web du RCS (satisfait ou très satisfait)	50 %	95 %	Une hausse de 45 %, ce qui dépasse largement l'objectif de 10 % de l'IAS.
Nombre mensuel moyen de visiteurs uniques du site Web du RCS	71 085	123 593	Une augmentation de 74 %. Le nombre de visiteurs uniques a continué d'augmenter de façon spectaculaire d'année en année.
Nombre d'abonnés au Bulletin santé (bulletin d'information électronique)	118 (juin 2002)	12 781 (déc. 2004)	Le nombre d'abonnés au bulletin d'information électronique du RCS augmente de façon constante chaque mois. Les utilisateurs jugent très utile l'information qu'on y trouve. Aucun utilisateur ne s'est désabonné. En fait, les utilisateurs qui ont changé d'emploi ou d'adresse informent régulièrement le RCS de leur nouvelle adresse électronique. Les données recueillies entre juin 2002 et décembre 2004 font ressortir une augmentation des abonnements de 10 175 %, ce qui dépasse largement l'objectif de 10 % de l'IAS. Entre juin 2002 et juin 2005, cette hausse s'établit à 18 976 %.
Premières visites du site Web	72 %	25 %	Grâce à un meilleur marketing et à l'utilisation de partenariats, le RCS a enregistré une proportion beaucoup plus faible d'utilisateurs qui en étaient à leur première visite. Ces données indiquent un pourcentage plus élevé d'utilisateurs réguliers. Selon ces données, l'augmentation du nombre de visiteurs réguliers est de beaucoup supérieure à l'objectif de 10 % de l'IAS.

D'autres améliorations ont également été apportées au service. Bien qu'aucune donnée quantitative n'ait été recueillie à ce sujet, de nombreux commentaires qualitatifs donnent à penser que les problèmes soulevés en 2002 ont été réglés.

Points à améliorer relevés en 2002	Améliorations apportées par le RCS à ce jour
Nécessité d'expliquer clairement la raison d'être du RCS sur le site Web	En 2004, une nouvelle description a été ajoutée à la page d'accueil du RCS (« Ce que vous pouvez trouver au Réseau canadien de la santé »).
Augmentation générale du contenu du site Web	Afin de tenir compte de l'évolution des besoins des Canadiens, le RCS a ajouté de nouveaux éléments à sa liste de sujets et de groupes. On y trouve maintenant de l'information relative aux quatre maladies chroniques qui sont responsables des deux tiers des décès au Canada. Le nombre de ressources disponibles sur le site a augmenté pour atteindre près de 20 000 en 2005.
Augmentation des capacités du moteur de recherche	En 2003, le RCS a lancé une nouvelle plateforme Web comprenant un système de gestion du contenu et un nouveau moteur de recherche qui améliore sensiblement la capacité des utilisateurs d'obtenir des résultats pertinents. Les utilisateurs peuvent maintenant trier l'information de diverses manières, on a ajouté une pagination et l'indexation a été élargie afin d'inclure des métabalises supplémentaires.
Amélioration de l'accès aux commentaires/réponses aux questions	Tel qu'indiqué au point 3, le RCS a amélioré sa fonction de demandes de renseignements sur la santé afin de mieux protéger la confidentialité et les renseignements personnels des utilisateurs, tout en rendant plus visible le lien vers la fonction de demande de renseignements sur la santé et en faisant en sorte que la demande soit adressée à l'organisation la mieux en mesure d'y répondre.

Tableau 12 : Initiatives horizontales

Le tableau 12, qui porte sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) et l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada (IF), est affiché électroniquement à l'adresse :

http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/profil_f.asp

Tableau 13 : Politiques sur les voyages

Comparaison avec les autorisations spéciales de voyager

Politique sur les voyages de l'Agence de santé publique du Canada :
L'Agence de santé publique du Canada respecte les autorisations spéciales de voyager du SCT.

Comparaison avec la Directive sur les voyages du SCT, les taux et les indemnités

Politique sur les voyages de l'Agence de santé publique du Canada :
L'Agence de santé publique du Canada respecte la Directive du SCT, les taux et les indemnités